



คู่มือการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

นายพิพัฒน์ เพิ่มพูล

งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2557

คำนำ

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมถือว่ามีผลสำคัญยิ่ง ที่ต้องศึกษาค้นคว้าให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยมุ่งหวังที่จะให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดสำหรับผู้ป่วย และท้ายที่สุดทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้นผู้จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในฐานะพยาบาล ซึ่งเป็นผู้หนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในด้านการดูแลรักษา การดูแล การป้องกัน การส่งเสริมและการฟื้นฟูสภาพ จึงได้จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อที่จะได้ใช้เป็นคู่มือสำหรับพยาบาล ในการใช้ประกอบเพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลและให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น

ขอขอบพระคุณ อาจารย์นายแพทย์ระพีพัฒน์ นาคบุญนำ ผศ.ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์ และนายเรวัติ ออกแมน ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้อนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในครั้งนี้ อีกทั้งได้ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำจัดทำคู่มือในครั้งนี้

ขอขอบคุณบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณทุกท่านที่กำลังใจซึ่งไม่สามารถกล่าวนามได้ทั้งหมดในที่นี้ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือเป็นกำลังใจสำคัญอย่างยิ่งในการทำคู่มือฉบับนี้ให้สำเร็จได้ด้วยดี

นาย พิพัฒน์ เพิ่มพูล

ผู้จัดทำ

ธันวาคม 2557

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญภาพ	ข
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์.....	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	3
ขอบเขตของกลุ่ม.....	3
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	3
บทที่ 2	
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ.....	4
งานด้านบริหาร.....	4
งานด้านบริการ.....	6
งานด้านวิชาการ.....	6
แผนภูมิที่ 1. โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.....	7
แผนภูมิที่ 2. โครงสร้างงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ.....	8
แผนภูมิที่ 3. โครงสร้างหอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 5 ตะวันตก	9
บทที่ 3	
ส่วนที่ 1. กายวิภาคของข้อเข่า.....	10
ส่วนที่ 2. โรคข้อเข่าเสื่อม.....	11
ส่วนที่ 3. การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม.....	16
ส่วนที่ 4. การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม.....	20
ส่วนที่ 5. การบริหารกล้ามเนื้อเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด.....	24
ส่วนที่ 6 การบริหารร่างกายภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม.....	25
บทที่ 4	
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม.....	29
ส่วนที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด.....	30
ส่วนที่ 2 การพยาบาลระยะหลังการผ่าตัด.....	33
บทที่ 5	
กรณีศึกษา	
ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล.....	54
ส่วนที่ 2. รายงานประวัติ.....	54
ส่วนที่ 3. ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต.....	55

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 6	กรณีศึกษา	
	ส่วนที่ 4. ประวัติการตรวจร่างกายตามระบบ.....	55
	ส่วนที่ 5. หลักฐานที่อาการและอาการแสดงตรงตามทฤษฎี.....	56
	ส่วนที่ 6. การพยาบาล	
	เยี่ยมครั้งที่ 1.....	57
	เยี่ยมครั้งที่ 2.....	61
	เยี่ยมครั้งที่ 3.....	66
	เยี่ยมครั้งที่ 4.....	67
	สรุปผลกรณีศึกษา.....	69
	สรุปสภาวะผู้ป่วยก่อนพ้นความดูแล.....	71
	ข้อเสนอแนะสำหรับกรณีศึกษา.....	71
บทที่ 6	ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา.....	72
	บรรณานุกรม.....	79
	ภาคผนวก.....	81
	ประวัติผู้จัดทำคู่มือ.....	88

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1	แสดงกายวิภาคของข้อเข่า..... 10
ภาพที่ 2	แสดงกายวิภาคของข้อเข่าปกติและข้อเข่าเสื่อม..... 12
ภาพที่ 3	แสดงข้อเข่าที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม..... 20
ภาพที่ 4	แสดงส่วนประกอบของข้อเทียม.....21
ภาพที่ 5	แสดงการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม..... 22
ภาพที่ 6	แสดงการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม..... 22
ภาพที่ 7	แสดงการบริหารก่อนการผ่าตัด ท่าที่ 1 และท่าที่ 2..... 24
ภาพที่ 8	แสดงการบริหารก่อนการผ่าตัด ท่าที่ 3 และท่าที่ 4..... 25
ภาพที่ 9	แสดงการบริหารระยะแรกขณะอยู่บนเตียง ท่าที่ 1 และท่าที่ 2..... 25
ภาพที่ 10	แสดงการบริหารระยะแรกขณะอยู่บนเตียง ท่าที่ 3 และท่าที่ 4 26
ภาพที่ 11	แสดงการบริหารระยะแรกขณะอยู่บนเตียง ท่าที่ 5 และท่าที่ 6 26
ภาพที่ 12	แสดงการบริหารระยะแรกขณะอยู่บนเตียง ท่าที่ 7..... 27
ภาพที่ 13	แสดงการบริหารระยะที่ 2 เมื่อสามารถลุกนั่งหรือยืนได้ ท่าที่ 8 และท่าที่ 9... 27
ภาพที่ 14	แสดงการบริหารระยะที่ 2 เมื่อสามารถลุกนั่งหรือยืนได้ ท่าที่ 10..... 28
ภาพที่ 15	แสดงการวางขาบนหมอนสูง..... 73
ภาพที่ 16	แสดงการบริหาร Quadriceps exercise..... 74
ภาพที่ 17	แสดงการบริหาร Foot ankle pumping exercise..... 74
ภาพที่ 18	แสดงการบริหาร Heel slide..... 75
ภาพที่ 19	แสดงการบริหาร Range of Motion..... 75
ภาพที่ 20	แสดงการประคบความเย็น..... 76
ภาพที่ 21	แสดงการขึ้นเดิน โดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง Pickup Walker..... 77

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) เกิดขึ้นจากกระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) เสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง อุบัติการณ์ของการเกิดโรคพบได้มากขึ้นหลังอายุ 40 ปีขึ้นไป ข้อเข่าเสื่อม (osteoarthritis of the knee) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดเมื่อเทียบกับโรคข้อเสื่อมอื่น ๆ ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมนี้จะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป มีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือ ปวดข้อ ข้อฝืด มีปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวของข้อลดลง หากกระบวนการดำเนินต่อไปจะมีผลทำให้เกิดข้อผิดรูปได้ ปัญหาที่สำคัญที่สุดในโรคข้อเข่าเสื่อมคืออาการปวดและความสามารถในการใช้ข้อทำงานได้ลดลง ดังนั้นการรักษาจึงมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการปวด ส่งเสริมให้ข้อสามารถทำงานได้รวมทั้งป้องกันไม่ให้ข้อถูกทำลายมากขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมอาจเริ่มต้นจากการรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological therapy) ซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตัวเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต เพื่อหลีกเลี่ยงสาเหตุของโรค รวมทั้งการทำกายภาพบำบัดและเวชศาสตร์ฟื้นฟู การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological therapy) แบ่งได้เป็นกลุ่มยาลดอาการปวด ลดอาการอักเสบของข้อ และยากลุ่มที่ออกฤทธิ์เพื่อรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมในระยะยาว และอาจช่วยชะลอความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมได้ หากการรักษาดังกล่าวข้างต้นไม่ได้ผลหรือผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมมากขึ้น อาจต้องรักษาโดยการผ่าตัด

โรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมาก โดยพบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นหนึ่งในจำนวนหลาย ๆ โรคที่ตรวจพบเป็นจำนวนมาก จากสถิติของภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในปีพ.ศ. 2556 มีจำนวน 902 ราย (ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, 2556) ซึ่งภายหลังเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมจากพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูงสุดภายหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ ผลข้างเคียงจากการดมยาสลบการติดเชื้อของผิวหนัง ข้ออักเสบติดเชื้อ การติดเชื้อของร่างกายเช่นปอดอักเสบ ภาวะ

หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดเฉียบพลัน เป็นต้น รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดน้อยที่สุด การฝึกการฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจภายหลังการผ่าตัด และท้ายที่สุดทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาทางสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ทั้งในเรื่องการดูแลและการรักษา หากผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัยสูงสุด ดังนั้นผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล ในฐานะพยาบาล ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในด้านการดูแลรักษา การดูแล การป้องกัน การส่งเสริมและการฟื้นฟูสภาพ ได้จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อที่จะได้ใช้เป็นคู่มือสำหรับพยาบาล ในการใช้ประกอบเพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลและให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลโดยตรงทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ได้รับอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ป่วยได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
2. เพื่อให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลและมีแนวทางในการปฏิบัติให้การดูแลให้คำแนะนำได้อย่างถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
3. เพื่อให้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วยในการป้องกันเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
2. พยาบาลมีแนวทางในการให้การดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการรักษารักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
3. พยาบาลสามารถให้คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วยในการป้องกันเพื่อไม่ให้เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
4. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขอบเขตของกลุ่ม

คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และพยาบาลในหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมทั้งผู้สนใจที่จะศึกษาค้นคว้าเพื่อหาความรู้ในเรื่องดังกล่าวข้างต้น โดยคู่มือฉบับนี้ครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องของความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อม กายวิภาคของข้อเข่า อาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม การตรวจร่างกาย ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการต่างๆ การรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นต้น เพื่อให้คู่มือมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้เขียนได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบกับทฤษฎีเพื่อจกได้มองเห็นภาพของการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมต่อไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม (OA Knee) หมายถึง บุคคลทั่วไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่มีโรคร่วม เช่น Below Knee amputation ใส่ขาเทียม, OA hip and OA ankle
2. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total Knee Arthroplasty : TKA) หมายถึง การตัดเฉพาะส่วนผิวข้อเข่าที่เสื่อมสภาพออก โดยตัดออกหนาประมาณ 8 – 10 มิลลิเมตร ไม่ตัดกระดูกเดิมออกทั้งหมด และทำให้กระดูกมีรูปร่างรับกับผิวของข้อเทียมที่จะใส่เข้าไป แล้วสวมข้อเข่าเทียมครอบลงไปเท่านั้น ซึ่งข้อเข่าเทียม คือส่วนที่จะมาทดแทนผิวกระดูกอ่อนภายในข้อเข่าที่เสียแล้ว

บทที่ 2

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

ผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 5 ตะวันตก งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยพิเศษห้องเดี่ยว จำนวน 18 ห้อง ให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งชายและหญิง อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดในเวลาราชการของภาควิชาศัลยศาสตร์ และผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการของภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยที่มารับการตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัย โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เช่น DVT/PE, Bleeding, ติดเชื้อ ข้อเข่าติดเชื้อ แผลกดทับ และอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม เป็นต้น รวมทั้งให้ได้รับความสุขสบาย การบรรเทาความเจ็บปวด มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและประทับใจในบริการพยาบาล

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

1. งานด้านบริหาร

1.1 ร่วมประชุมกับทีมผู้บริหารและนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ ตามวิสัยทัศน์ และพันธกิจขององค์กร ด้วยการวิเคราะห์บริบทของหน่วยงาน โดยจัดทำ Service profile หรือ Self Assessment Report เพื่อให้สามารถจัดทำแผนพัฒนาหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 จัดทำแผนการดำเนินงานแผนปฏิบัติการประจำปีของหอผู้ป่วย ครอบคลุมในเรื่อง Man, Material, Money พร้อมทั้งดูแลควบคุมให้มีการดำเนินงานให้สำเร็จตามแผนที่ได้จัดทำไว้

1.3 จัดทำข้อตกลงการปฏิบัติงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงาน ของบุคลากรทุกระดับ ตามรอบระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้สามารถควบคุมและติดตามการทำงานของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลโดยมุ่งหวังเพื่อให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กรเป็นสำคัญ

1.4 จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร และจัดทำ Portfolio เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพัฒนาความรู้และทักษะตามแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน

1.5 นิเทศงาน กำกับดูแลการปฏิบัติการพยาบาลให้กับบุคลากรใหม่ทุกระดับ ที่เข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงาน โดยมีรายละเอียดในการนิเทศงานครอบคลุมในเรื่องต่างๆที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งดังต่อไปนี้

1.5.1 การปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณมาตรฐานวิชาชีพ ที่สภาการพยาบาล กำหนด และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของหน่วยงาน (Work instruction)

1.5.2 ขั้นตอนการทำงานของหน่วยงาน ขั้นตอนการประมวลผลภายหลังจากที่ได้มีการปฏิบัติงานไปแล้ว

1.5.3 การดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรคสำคัญของหอผู้ป่วย ครอบคลุมในเรื่อง ความรู้เรื่อง โรค สาเหตุ อาการ การดูแลรักษา การส่งเสริมและการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการวางแผนการจำหน่าย

1.6 จัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk profile) ของหน่วยงานครอบคลุมทั้งเรื่องของ Clinical risk & Non clinical risk เพื่อเป็นการบริหารความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับ พร้อมทั้งมีการวิเคราะห์อุบัติการณ์ การหาแนวทางแก้ไข (Root cause analysis) อย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

1.7 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณในด้านต่างๆ ให้สอดคล้องกับ นโยบายของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช และของงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ พร้อมทั้งมอบหมายการดำเนินงาน มีการติดตามผลการดำเนินงานทั้งแบบรายวัน รายเดือน และรายปี เพื่อให้งานบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงานที่ตั้งไว้

1.8 การบริหารจัดการและส่งเสริมให้บุคลากร เกิดความรักความผูกพันต่อองค์กร โดยจัดกิจกรรมในอันที่จะเป็นการส่งเสริมให้เกิดความรักความผูกพันกับองค์กร ดังนี้

1.8.1 ส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ ในตำแหน่งพยาบาลผู้ชำนาญการ และผู้ช่วยพยาบาลชำนาญงาน ด้วยการกระตุ้น ส่งเสริมให้เขียนคู่มือการพยาบาล และคู่มือช่วยช่วยการพยาบาล พร้อมทั้งติดตามและกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้มีการพัฒนาตนเองในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องด้วยการ เข้าร่วมประชุมวิชาการ อบรมตาม วาระและโอกาสที่เหมาะสม เพื่อเป็นการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

1.8.2 จัดทำบอร์ด์ happy birthday พร้อมทั้งให้เพื่อนร่วมงานทุกระดับเขียนบรรยาย แสดงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อเพื่อนร่วมงานแล้วนำไปเคลือบให้สวยงามพร้อมมอบให้เป็นที่ระลึกพร้อมของขวัญเล็กๆ น้อยๆ เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ

1.8.3 จัดโปรแกรมท่องเที่ยวต่างจังหวัด จัดทำบุญหน่วยงาน และจัดให้มีการเลี้ยงสังสรรค์ ปีใหม่ทุกปีทั้งในและนอกสถานที่

1.8.4 ร่วมแสดงความยินดีด้วยการมอบของที่ระลึกในกรณีที่บุคลากรของหน่วยงาน ได้รับรางวัลต่างๆ ทั้งระดับมหาวิทยาลัย คณะแพทย์ฯ ฝ่ายการฯ และงานการพยาบาลต่างๆ หรือได้รับตำแหน่งทางวิชาการที่สูงขึ้น และเยี่ยมให้กำลังใจกรณีเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาลด้วยการจัดหาของเยี่ยมทั้งของตนเองและญาติสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา บุตร ธิดา สามี หรือภรรยา เป็นต้น

1.9 วางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมด้านครุภัณฑ์ทางการแพทย์ รวมทั้งจัดระบบในการดูแล บำรุง รักษาเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์และเครื่องใช้สำนักงาน รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้อง ใช้ในระบบบริการทางการแพทย์และการพยาบาล ให้เพียงพอและพร้อมใช้ตลอดเวลา

1.10 จัดระบบด้านสิ่งแวดล้อม 5 ส. อากาศภายใน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ งานด้านอาชีวอนามัย การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. งานด้านบริการ

2.1 จัดระบบบริการพยาบาลภายในหอผู้ป่วย ในการให้บริการผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ ผู้ป่วยทางศัลยศาสตร์ทั่วไป ตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะหลังการผ่าตัดและระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริการพยาบาลให้ครอบคลุมมิติคุณภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ Safety, Quality, Delivery, Cost, Satisfaction

2.2 ติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาลและนำข้อมูลจากผลการปฏิบัติการมาวิเคราะห์ รายไตรมาส และสรุปรายปี เพื่อปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการพยาบาล อย่างต่อเนื่อง

2.3 ควบคุมติดตาม กำกับดูแลบุคลากร ในการให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตวิญญาณและสังคม ด้วยการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและปฏิบัติตาม กฎระเบียบขององค์กร

2.4 จัดทำแผนฝึกซ้อมกรณีที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านภาวะฉุกเฉิน ทางทางการแพทย์ ที่เป็น Clinical risk เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ และกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินที่เป็น Non clinical risk เช่น อัคคีภัย และอุบัติภัยหมู่ เป็นต้น

2.5 ควบคุมติดตามบุคลากรให้มีพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ เพื่อสร้างความพึงพอใจ ความประทับใจ และลดอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน รวมทั้งนำข้อร้องเรียนของผู้รับบริการมาวิเคราะห์ เพื่อตอบสนองความพึงพอใจและเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก

3. งานด้านวิชาการ

3.1 เป็นวิทยากรบรรยายหัวข้อ Nursing care and Nursing outcome in joint surgery, Nursing care in Arthroscopic surgery ในการประชุมวิชาการสำหรับบุคลากรพยาบาลด้านออร์โธปิดิกส์และผู้สนใจทั้งภายในและภายนอกองค์กร

3.2 จัดให้มีกิจกรรม Link, Share, Learn ด้วยการนำ Content conference ตาม Top 5 & Top Procedure เดือนละ 1 ครั้ง และจัดบอร์ดให้ความรู้ภายหลังการนำเสนอแล้วเสร็จ

3.3 ประเมิน Competency ตาม Top 5 & Top Procedure ปีละ 1 ครั้ง และจัดทำเอกสาร

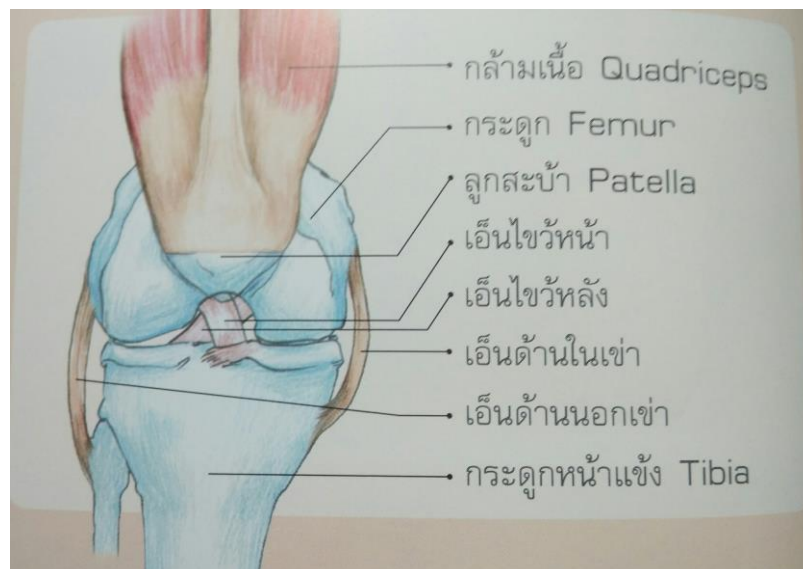
บทที่ 3

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 1. กายวิภาคของข้อเข่า

ข้อเข่าประกอบด้วยกระดูก 3 ส่วน คือ กระดูกต้นขาส่วนปลาย (distal femur) กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น (proximal tibia) และกระดูกสะบ้า (patella) นอกจากกระดูกทั้ง 3 ชิ้นที่ประกอบกันเป็นข้อเข่าแล้ว ข้อเข่ายังประกอบไปด้วย หมอนรองกระดูก (meniscus) เยื่อหุ้มข้อ (fibrous capsule) เอ็นไขว้หน้า (anterior cruciate ligaments) เอ็นไขว้หลัง (posterior cruciate ligaments) รวมทั้งกล้ามเนื้อต่าง ๆ ซึ่งล้วนแต่มีส่วนช่วยเสริมให้ข้อเข่ามีความแข็งแรงและมีความมั่นคงมากขึ้น

ข้อเข่ามีลักษณะคล้ายบานพับ ส่วนปลายของกระดูกต้นขาจะกลม ส่วนต้นของกระดูกหน้าแข้งจะแบนเป็นแอ่งตื้นๆ กระดูกทั้งสองส่วนเชื่อมต่อกันด้วยเส้นเอ็นที่แข็งแรงคอยค้ำจุนอยู่ 4 เส้น ทั้งด้านข้างและตรงกลาง (เอ็นไขว้หน้าและหลัง) ขอบบนของกระดูกสะบ้ามีกล้ามเนื้อต้นขาส่วนหน้า (Quadriceps) ที่แข็งแรงมาเกาะ และส่วนปลายของกระดูกสะบ้ามีเอ็นเกาะติดกับส่วนบนของกระดูกหน้าแข้ง เรียกว่าเส้นเอ็นลูกสะบ้า ลูกสะบ้ามีความสำคัญมากในการส่งถ่ายแรงของข้อเข่า โดยเฉพาะเวลาเหยียดเข่า (กิริติ เจริญชลวานิช, 2556)



ภาพที่ 1 กายวิภาคของข้อเข่า

ที่มา: (กิริติ เจริญชลวานิช, อยากให้เราเริ่มแต่ ข้อ ดี 2556;4:18.)

ส่วนที่2. โรคข้อเข่าเสื่อม

โรคข้อเข่าเสื่อมคือโรคที่เกิดจากความเสื่อมในข้อ ตำแหน่งที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนคือที่กระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) โดยพบมีการทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อเกิดขึ้นอย่างช้าๆ เป็นไปอย่างต่อเนื่องมากขึ้นตามเวลาที่ผ่านไป กระดูกอ่อนผิวข้อมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ชีวเคมี (biochemical) ชีวกลศาสตร์(biomechanic) และ โครงสร้าง (biomorphology) ส่วนกระดูกในบริเวณใกล้เคียงก็มีการเปลี่ยนแปลงด้วย เช่น ขอบของกระดูกในข้อ (subchondral bone) หนาตัวขึ้น โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดขึ้นได้กับข้อเข่าทุกส่วน โดยพบความผิดปกติที่ medial femorotibial ที่ lateral femorotibial และที่ patellofemoral patella

2.1 สาเหตุของโรคข้อเข่าเสื่อม

2.1.1 จากการใช้งาน เช่น การนั่งยองๆ นั่งพับเพียบ เป็นการสร้างแรงกดให้กับข้อเข่า ยิ่งถ้านั่งงอเขามากๆเป็นเวลานานยิ่งทำให้ข้อเข่าสึกกร่อนเร็วขึ้น สำหรับในผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากเข่าต้องรับน้ำหนักมากขึ้น ทำให้เพิ่มโอกาสในการทำให้เข่าเสื่อมมากขึ้น

อิริยาบถ	ข้อเข่ารับน้ำหนัก/น้ำหนักตัว
ยืน	0.5 เท่า
วิ่ง	3 เท่า
กระโดด	7 เท่า

นั่นหมายความว่า ถ้าน้ำหนักตัว 50 กิโลกรัม เวลาวิ่งข้อเข่าต้องรับน้ำหนักตัว 150 กิโลกรัม เวลากระโดด ข้อเข่าต้องรับน้ำหนัก 350 กิโลกรัม ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักตัว จึงมีส่วนสำคัญในการป้องกันไม่ให้ข้อเข่าเสื่อมได้ (กิริติ เจริญชลวานิช, 2556)

2.1.2 อายุ โรคข้อเสื่อมพบได้สูงมากในวัยชรา โดยผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป พบโรคนี้ร้อยละ 50 ในช่วงอายุมากกว่า 54 ปีขึ้นไปพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จากสาเหตุของหญิงวัยทองที่ทำให้กระดูกพรุนอย่างรวดเร็ว (กนกอร บุญพิทักษ์, 2556)

2.1.3 อุบัติเหตุ ข้อเข่าอาจเสื่อมได้เมื่อได้รับบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุ

2.1.4 การขาดเลือดไปเลี้ยง กระดูกส่วนที่อยู่ใต้ผิวกระดูกอ่อนเป็นส่วนสำคัญที่ได้รับผลกระทบจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้กระดูกส่วนนี้เสียไปและเมื่อกระดูกที่เป็นฐานของกระดูกอ่อนทรุดตัวลง ข้อเข่าจึงไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

2.1.5 ข้ออักเสบ (Arthritis) ข้ออักเสบในที่นี้หมายถึง พื้นผิวข้อค่อยๆถูกทำลาย ที่พบบ่อยมี 2 แบบคือ โรคข้ออักเสบจากการสึกกร่อน (Osteoarthritis) หรือที่เรียกโดยทั่วไปว่า โรคข้อเสื่อม และโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis) ส่วนภาวะอื่นที่พบได้แต่ไม่บ่อยนัก เช่น โรคข้อกระดูกสันหลังอักเสบชนิดยึดติด (Ankylosing spondylitis) โรคเอสแอลอี (SLE) โรคสะเก็ดเงิน นอกจากนั้นการติดเชื้อก็ทำให้เกิดข้อเสื่อมพื้นผิวขรุขระได้ (กิริติ เจริญชลวานิช, 2556)

2.1.6 โรคทางเมตาบอลิก ทำให้เกิดโรคข้อเสื่อมได้มากกว่าคนทั่วไป ได้แก่ โรคเกาต์ โรคเกาต์เทียม ฮีโมโครมาโตซิส โรควิลสัน และโรคข้อจากโอโครโนทิส (กนกอร บุญพิทักษ์, 2556)

2.1.7 ผู้ที่ไม่ค่อยออกกำลังกาย กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง ความสามารถในการพุงข้อเข่าลดลง เสี่ยงต่อการเป็นข้อเข่าเสื่อมง่ายกว่าผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

2.1.8 อาชีพ บางอาชีพทำางในการทำงานมีผลทำให้แรงผ่านข้อเข่ามากผิดปกติ เช่น การใช้สว่านขุดเจาะถนน (กนกอร บุญพิทักษ์, 2556)

2.1.9 นักกีฬา เป็นกลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการเป็นข้อเข่าเสื่อมเพราะต้องวิ่งและกระโดดมากกว่าคนปกติ (กิริติ เจริญชลวานิช, 2556)



ภาพที่ 2 แสดงกระดูกที่สมบูรณ์และข้อเข่าเสื่อมจากการสึกกร่อน
ที่มา: (กิริติ เจริญชลวานิช, อยากให้เรามีแต่ ข้อ ดี 2556;29:30.)

2.2 อาการของโรคข้อเข่าเสื่อม

2.2.1 อาการปวดเป็นอาการแรก que พบ มักจะปวดภายหลังการ que ใช้ข้อมากกว่าปกติ หรือเวลา que มีการเคลื่อนไหวข้อเข่า มักปวดในขณะ que

- นั่งอเข่านานๆ แล้วลุกขึ้น จะมีอาการปวดรอบเข่า ชัดยอกในข้อเข่า
- ขึ้น ลง บันใด มีอาการเสียวและปวดเข่า
- เดินหรือยืนนานๆ มีอาการปวดเข่า หรือรู้สึกเข่าอ่อน ไม่มีกำลัง
- บวมและร้อนๆ รอบเข่า ถ้าเป็นมากเวลาเดินหรือยืนเข่าจะ โกงผิดรูป

2.2.2 ข้อฝืด เป็นอาการ que เกิดขึ้นหลังการพักข้อเป็นเวลานาน เช่น นั่งที่เดียวนานๆ อาการข้อฝืดจะเป็นระยะเวลาสั้นๆ ไม่เกินาที่ บางรายอาจจะมีอาการข้อฝืดนานกว่า 15 นาที เมื่อมีการขยับข้อสัก 2-3 ครั้ง อาการจะดีขึ้น เวลาเคลื่อนไหวอาจจะมีสะดุดหรือติดขัดในข้อ เนื่องจากเศษกระดูกออกหักหลุดเข้าไปขัดขวางในข้อต่อ ในรายที่มีข้อฝืดมักจะมีเสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่า เกิดจากการเสียดสีของผิวกระดูกอ่อนข้อเข่าที่ขรุขระ

2.2.3 เข่าบวมหรือโตขึ้น เพราะมีการผลิตน้ำในข้อมากขึ้นกว่าปกติ พบในรายที่มีข้อเข่าอักเสบมาก มักจะปวดเข่ารุนแรงร่วมด้วย คลำดูจะหนาๆ หยุ่นๆ และร้อน อาจจะมีแดงร่วมด้วย กดแล้วเจ็บปวดมากขึ้น

2.2.4 กล้ามเนื้อรอบข้อลีบเล็กลง พบในรายที่เป็น โรคข้อเสื่อมมานาน การใช้งานของข้อลดลงเนื่องจากมีอาการปวด ส่งผลให้ข้อเข่า เหนือข้อเข่า และกล้ามเนื้อด้านล่างข้อลีบเล็กลง ส่วนใหญ่กล้ามเนื้อทางด้านล่างหัวเข่าลีบและอ่อนกำลังลง ทำให้เหยียดเข่าไม่ได้เต็มที่ มักจะขาดอีก 15 องศา ทำให้ข้อเข่าไม่มั่นคงในท่าอ เวลาขึ้น-ลงบันใด หรือเดินตามทางที่ขรุขระจะเจ็บปวดมาก เนื่องจากกระดูกเสียดสีกัน ทำให้เกิดการอักเสบได้

2.2.5 เข่าอ่อน เข่าหลวม เนื่องจากหมอนรองกระดูกสึกมาก กระดูกเข่าชิดกันมากขึ้น ทำให้เส้นเอ็นยึดข้อหย่อนลง ข้อเข่าจะค่อยๆ หลวมมากขึ้น รู้สึกข้อไม่อยู่กับที่ ถ้าไม่บริหารจะส่งผลให้กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นรอบๆ ข้อเข่ามีการอักเสบ และอ่อนแอ ทำให้เกิดอาการเข่าอ่อน (เข่าทรุด)

2.2.6 ขาโก่ง ขาเก ข้อผิดรูป เมื่อเข่าเสื่อมรุนแรงมาก เดินไม่ถนัด เดินคล้ายขาสั้นข้างยาวข้าง บางคนเดินกะเผลก หรือโยนตัวเอนไปมา

2.2.7 องศาการเคลื่อนไหวของข้อลดลง แคบลง (เหยียดตรงไม่ได้และงอพับได้ไม่เต็มที่) เกิดขึ้นในรายที่เป็นมากแล้ว จากกระดูกงอกออกทางด้านขอบของข้อที่ยื่นออกมา

2.2.8 อาการข้อฝืด ข้อเข่าที่เหยียดไม่ได้ตรง แต่ผู้ป่วยยังงอได้ตามเดิม พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเดินกะเผลก (ข้อยึดอย่างกะทันหัน) มักเกิดจากเนื้อเยื่อ เช่น หมอนรองกระดูกฉีกขาดแล้วเข้าไปขัดข้อเข่า (กนกอร บุญพิทักษ์, 2556)

2.3 อาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม

2.3.1 อาการปวด มีลักษณะปวดตื้อๆ ทั่วๆ ไปบริเวณข้อ ไม่สามารถระบุตำแหน่งชัดเจนได้และมักปวดรื้อรัง อาการปวดจะมากขึ้นเมื่อมีการใช้งาน หรือลงน้ำหนักบนข้อนั้นๆ และจะทุเลาลงเมื่อพักการใช้งาน เมื่อการดำเนินโรครุนแรงขึ้นอาจทำให้มีอาการปวดตลอดเวลาหรือปวดในช่วงเวลากลางคืนร่วมด้วย

2.3.2 ข้อฝืด (stiffness) พบได้บ่อย มีการฝืดของข้อในช่วงเช้าและหลังการพักข้อนานๆ แต่มักไม่เกิน 30 นาที อาจพบอาการฝืดที่เกิดขึ้นชั่วคราวในท่างอหรือเหยียดข้อในช่วงแรกที่เรียกว่าปรากฏการณ์ข้อฝืด (gelling phenomenon)

2.3.3 ข้อบวมและผิดรูป (swelling and deformity) อาจพบข้อโก่ง (bowlegs) หรือข้อเข่าถึ่ง (knock knee) ข้อที่บวมอาจเกิดได้จากการอักเสบที่เกิดขึ้นภายในข้อ หรือการโป่งนูนขึ้นของกระดูกงอกที่เกิดขึ้นรอบๆ ข้อ

2.3.4 การสูญเสียการเคลื่อนไหวและการทำงาน พิสัยการขยับของข้อเข่าลดลง หรือมีการติดแข็งจนทำให้ไม่สามารถเหยียดข้อเข่าได้เต็มที่ตามเดิม ผู้ป่วยมีอาการเดินไม่สะดวก รวมทั้งการทำงานที่ต้องการงอเข่ามากๆ เช่น การขึ้นบันได การลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ นั่ง หรือ การนั่งของๆ พับเพียบ ขัดสมาธิกับพื้น จะไม่สามารถทำได้ดีเท่าเดิม

2.3.5 มีเสียงดังกรอบแกรบ (crepitus) ในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว

2.4 การตรวจร่างกายและการตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ

การตรวจร่างกายที่จำเป็นอย่างยิ่ง ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ลักษณะการเดิน ข้อบวมและข้อผิดรูป กล้ามเนื้อลีบ จุดกดเจ็บ การหนาตัวของเยื่อข้อ ปริมาณน้ำในข้อ กระดูกงอก เสียงดังกรอบแกรบในข้อเวลาเคลื่อนไหว พิสัยการเคลื่อนไหว (range of motion) ความมั่นคงแข็งแรงของข้อ (joint instability) การสูญเสียความรู้สึกของข้อ (neuropathic joint) รวมทั้งการตรวจดูลักษณะที่แสดงถึงการอักเสบ เช่น บวม แดง ร้อน เป็นต้น

ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ครั้งแรกด้วยอาการปวดข้อ ต้องตอบคำถามหลายอย่าง เช่น มีการติดแข็งของข้อต่อในตอนเช้าหรือไม่ สังเกตพบว่ามีข้อบวม ข้อติด หรือเคลื่อนไหวไม่สะดวกตั้งแต่เมื่อไหร่ แพทย์อาจตรวจความผิดปกติของข้อด้วยการสัมผัส และตรวจการเคลื่อนไหวของข้อต่อโดยไม่จำเป็นต้องเอ็กซเรย์เพิ่มเติมในผู้ป่วยทุกราย โดยทั่วไปแพทย์สามารถวินิจฉัยโรคจากอาการและการตรวจร่างกาย (กิริติ เจริญชลวานิช, 2556)

2.4.1 การตรวจเลือด สามารถตรวจพบภาวะหลายอย่าง เช่น การอักเสบของร่างกาย การติดเชื้อ ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ระดับกรดยูริกในโรคเกาต์

2.4.2 การเอ็กซเรย์ ภาพเอ็กซเรย์ข้อเสื่อมต่างจากข้ออักเสบรูมาตอยด์ คือจะเห็นหินปูน และถุงน้ำในกระดูก ร่วมกับการที่ช่องว่างระหว่างกระดูกแคบลง ซึ่งแสดงถึงกระดูกอ่อนผิวข้อถูกทำลาย และอาจเห็นเศษกระดูกจากผิวข้อหลุดได้

2.4.2 การตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ การตรวจด้วยการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) โดยแพทย์อาจฉีดสีเข้าไปในข้อ การตัดชิ้นเนื้อเยื่อในข้อไปตรวจคอมพิวเตอร์ CT scan การเจาะดูน้ำในข้อ การส่องกล้องไปตรวจในข้อเพื่อดูส่วนที่เสียหาย (กิริติ เจริญชวานิช, 2556)

2.5 ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม

ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาใดๆ ที่บ่งชี้ถึงปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างชัดเจน แต่พออาจกล่าวได้ว่าปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้ อาจมีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ได้แก่ เพศหญิง ภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย Body mass index มากกว่า 25) อาชีพและการทำงานที่ต้องใช้การทำงานของข้ออย่างหนัก พันธุกรรม การบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุต่อข้อเข่า และผู้ที่เป็โรคข้ออักเสบเรื้อรังที่ไม่ได้รับการรักษา เป็นต้น

2.6 ระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม

แบ่งได้โดยอาศัยการมีปุ่มกระดูกงอก ช่องข้อที่แคบลง เนื้อกระดูกใต้กระดูกอ่อนกระดูกข้างในกระดูกใต้กระดูกอ่อน นำมาแบ่งระยะโรคได้ดังนี้

ระดับ 0 ภาพรังสีไม่พบลักษณะเข่าเสื่อม

ระดับ 1 มีปุ่มกระดูกงอกไม่ชัดเจน ช่องข้อยังปกติ ยังไม่วินิจฉัยว่าเป็นเข่าเสื่อม

ระดับ 2 มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจน แต่ช่องข้อยังไม่ผิดปกติ

ระดับ 3 มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจน และช่องข้อแคบลงปานกลาง

ระดับ 4 มีปุ่มกระดูกงอกชัดเจน ช่องข้อแคบลงชัดเจน และมีเนื้อกระดูกใต้กระดูกอ่อนกระดูกข้าง (กนกอร บุญพิทักษ์, 2556)

2.7 ประเภทของโรคข้อเข่าเสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อมสามารถจำแนกตามสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคได้ 2 ประเภท ดังนี้

2.1.1 โรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ (primary knee osteoarthritis) เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่เกิดโดยไม่มีสาเหตุอื่นนำ แต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น ความอ้วน ลักษณะการใช้งานของข้อเข่า ข้อเข่าเสื่อมอาจเกิดข้างเดียวหรือเกิดทั้งสองข้างก็ได้

2.1.2 โรคข้อเข่าเสื่อมชนิดทุติยภูมิ (secondary knee osteoarthritis) เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่เกิดขึ้นโดยมีโรคหรือความผิดปกติของข้อเป็นสาเหตุมาก่อน เช่น ความผิดปกติของกระดูกและข้อแต่กำเนิด การได้รับบาดเจ็บที่ข้อเข่า การติดเชื้อภายในข้อ (pyogenic and tuberculous arthritis) รวมทั้งโรคข้ออักเสบชนิดต่างๆ (inflammatory joint disease)

ส่วนที่ 3. การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

3.1 การรักษาที่ไม่ใช้ยา (non- pharmacological therapy)

เป็นการรักษาที่สำคัญและให้ประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างมากและเป็นการรักษาที่ต้องทำก่อนการใช้ยาและการผ่าตัด การรักษาที่ไม่ใช้ยาได้แก่ การให้ความรู้ การปฏิบัติตัวหรือการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต เพื่อการกำจัดการของโรคเช่นการลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การบริหารข้อ การใช้ข้ออย่างถูกต้อง การใช้เครื่องมือช่วยพยุงเดินและอาชีพบำบัด

3.1.1 การให้ความรู้ (patient education)

ปัญหาที่สำคัญคือการขาดความรู้ที่ถูกต้องโดยเฉพาะความผิดเพี้ยนที่คิดว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความคิดในทางลบ เช่น เป็นโรคที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เพราะเป็นไปตามกระบวนการของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น ดังนั้นความรู้ที่บุคลากรทางการแพทย์ควรแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ควรมีรายละเอียดดังนี้

3.1.1.1 การดำเนินโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความคิดว่าโรค ไม่สามารถทำให้ดีขึ้นได้ และมักค่อยๆ แย่ลงจนเกิดข้อพิการ แพทย์ผู้รักษาต้องให้ความรู้ที่โรคข้อเข่าเสื่อมสามารถดูแลรักษาให้ดีได้ และถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี อาการปวดที่มีก็อาจไม่กลับมาอีกหรือถ้ากลับมาจะเป็นเพียงช่วงระยะเวลาสั้น

3.1.1.2 การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมควรทราบว่าสาเหตุที่ทำให้ปวดเข่าเกิดจากปัจจัยอะไรบ้าง หรือโรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากปัจจัยอะไรบ้าง เช่น อ้วนเกินไป หัวของหมอนกระดูก ดังนั้นการใช้ข้ออย่างทะนุถนอม การจัดทำและการทำกิจกรรมที่สัมพันธ์กับข้อเข่ามีดังนี้

1) การนั่งที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น การนั่งยอง ๆ การนั่งพับเพียบ การนั่งคุกเข่าและการนั่งขัดสมาธิ การนั่งในท่าดังกล่าว จะทำให้เกิดแรงอัดต่อโครงสร้างของข้อเข่า ถ้าทำนาน ๆ และทำบ่อย ๆ ก็จะทำให้เสื่อมมากขึ้นและเร็วขึ้นและเกิดการอักเสบตามมา

2) ถ้านั่งเตี้ยๆ อาจจะใช้เก้าอี้เตี้ยๆแทนได้บ้าง แต่ต้องไม่นานเกินไปเพราะจะทำให้กล้ามเนื้อรอบเข่าหดยึดได้หากจะต้องนั่งเก้าอี้เตี้ยนาน ๆ ควรเหยียดขาออกสลับบ้าง หรือเหยียดข้างหนึ่งงออีกข้างก็ใช้ได้

3) อาชีพที่ต้องยืนทั้งวัน เช่น แม่ค้า แม่ครัว ควรจะพักนั่งบ้าง ผู้ที่นั่งนาน ๆ ก็ควรสลับยืนเดินบ้าง เนื่องจากกิจกรรม (activities) ดังกล่าวถ้าทำบ่อยๆ หรือนานๆ อาจส่งผลต่อเข่าที่เสื่อมอยู่แล้ว ให้เสื่อมเพิ่มมากขึ้น

4) การเดินขึ้นลงบันได ทำให้มีแรงอัดต่อข้อเข่า ควรใช้บันไดให้น้อยลง ถ้าเสื่อมจนมีอาการ อาจต้องใช้วิธีเดินที่สะดวก โดยเอาขาดีขึ้นก่อนตามด้วยขาข้างที่เข่าเสื่อม เวลาจะลงก็เอาข้างที่เสื่อมลงก่อนตามด้วยขาข้างที่ดี

5) การยกของหนัก จะมีแรงอัดเพิ่มขึ้นในหัวเข่า โดยทุก ๆ 1 กิโลกรัม ที่น้ำหนักเพิ่มขึ้นเข่าจะต้องแบกน้ำหนักเพิ่มประมาณ 3 เท่า หัวของหนัก ๆ เมื่อทำเป็นประจำ ทำให้ข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้น

3.1.1.3 การออกกำลังกาย เพื่อให้กล้ามเนื้อรอบข้อมีความแข็งแรง มีความกระชับ และเพื่อให้แนวแรงผ่านข้อตามที่ควรเป็น หลักการของการออกกำลังกายคือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ซึ่งหมายถึง การออกกำลังกายประเภทที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างต่อเนื่องใช้กล้ามเนื้อหัวใจใหญ่ ๆ ของร่างกาย มีการใช้ไขมันเป็นพลังงานใช้ออกซิเจนในการสันดาปเป็นระยะเวลานานพอติดต่อกัน และทำต่อเนื่อง เช่น เดิน วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำ เป็นต้น

3.1.1.4 อาหารและน้ำหนักตัวที่เหมาะสม การออกกำลังกายต้องทำควบคู่ไปกับการควบคุมอาหาร ควรหลีกเลี่ยงไขมันพืชและสัตว์ ขนมหวาน แอลกอฮอล์ ควรรับประทานนมและผลิตภัณฑ์นม 2 - 3 ส่วน หมวคผัก 3 - 5 ส่วน หมวคโปรตีนเนื้อสัตว์ต่าง ๆ ปลา ไข่ ถั่ว วันละ 2 - 3 มื้อ ๆ ละ 2 - 3 ส่วน หมวคผลไม้ 2 - 4 ส่วน หมวคข้าว/แป้ง 6 - 11 ประจุอาหารด้วยการนั่ง ตั้ม ย่าง หรืออบมากกว่าการปรุงด้วยการทอด หรือผัด อาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น นมพร่องมันเนย

3.1.1.5 การใช้ข้ออย่างทะนุถนอม หลักเลี่ยงการที่ต้องทำให้ข้อต้องรับแรงผ่านข้อมากเกินไป เพื่อจะได้มีอายุการใช้งานยืนยาวนานตัวอย่างเช่น การนั่งเก้าอี้ที่มีที่วางแขน เวลาลุกจากเก้าอี้สามารถใช้มือจับที่วางแขนช่วยดันตัวขึ้นจากที่นั่งทำให้น้ำหนักตัวที่ต้องผ่านข้อเข่าลดลง

3.1.2 เวชศาสตร์ฟื้นฟู

การรักษาหลายอย่างทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่สามารถใช้เพื่อช่วยลดอาการปวด ลดความฝืดแข็งของข้อ ลดกล้ามเนื้อเกร็งตัว และขณะเดียวกัน ทำให้กล้ามเนื้อรอบข้อแข็งแรงเพื่อช่วยพยุงข้อ การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการรักษาโรคข้อเสื่อม ประกอบด้วยรายละเอียดต่างๆดังนี้

3.1.2.1 การนวด ช่วยคลายกล้ามเนื้อที่หดเกร็ง ลดอาการปวด ลดอาการตึงของกล้ามเนื้อ ทำให้ข้อเข่าเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น รายที่มีการอักเสบหรือปวดมากหน่อย อาจให้ใช้นวดร่วมไปด้วย ยานวดแต่ละชนิดมีฤทธิ์ไม่ต่างกันมาก ดังนั้นจะใช้นวดอะไรก็ได้ ถ้าจะทำการนวดเองควรง่อนอยู่ในท่าสบาย นวดครั้งละ 10 - 30 นาที หลังนวดอาจประคบด้วยผ้าร้อน โดยให้นวดคลึงก่อนใช้ผ้าร้อน เพราะการนวดและการใช้ผ้าร้อนทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้นทำให้ยาซึมได้ดีขึ้น

3.1.2.2 การใช้ความร้อน – ความเย็น (thermal modalities) การใช้ความร้อนมีได้สองแบบคือ ความร้อนชื้น และความร้อนแห้ง ความร้อนชื้น เช่น กระเป๋าน้ำร้อน พาราฟิน ถังน้ำวน ความร้อนแห้ง เช่น การใช้อัลตราซาวด์ มักใช้กับข้อที่ใหญ่และอยู่ลึก เช่น ข้อสะโพก ข้อเข่า ประโยชน์ของการรักษาด้วยความร้อน เช่น ลดข้อฝืด ลดอาการปวด ลดกล้ามเนื้อเกร็ง ป้องกันการหดสั้นของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น ความร้อนที่ให้อยู่ในช่วง 40-45 องศาเซลเซียส ระยะเวลา 5 - 30 นาที ความเย็นที่ใช้ ได้แก่ ผ้าเย็น น้ำแข็งประคบ สเปรย์พ่น เพื่อลดกล้ามเนื้อเกร็ง ลดอาการบวมในกรณีที่ได้รับบาดเจ็บและลดอาการปวดจากการอักเสบ

3.1.2.3 กายอุปกรณ์ที่ช่วยพยุงข้อ (supports devices) เช่น การใช้ที่รัดเข่า มีจุดประสงค์เพื่อช่วยทุเลาอาการปวด ให้ความรู้สึกกระชับบริเวณหัวเข่า และเข่าทำงานดีขึ้น การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อจะน้อยลง อีกทั้งเป็นการเตือนให้ระมัดระวังการใช้เข่า สำหรับ Walker หรือไม้เท้า ใช้เพื่อช่วยทุเลาการทำงานของหัวเข่า

3.1.3 การออกกำลังกาย (exercise)

การออกกำลังกายเพื่อคงพิสัยการเคลื่อนไหวข้อ สามารถทำได้ทั้งแบบผู้ป่วยทำเอง (active exercise) หรือมีคนช่วยเคลื่อนไหว (passive exercise)) การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีจุดประสงค์ดังต่อไปนี้

1) เพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า เพิ่มความกระชับและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ เพิ่มความคล่องในการเคลื่อนไหวของข้อเข่า เพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานของข้อเข่าและเพิ่มคุณภาพชีวิต เช่น คนที่ไม่กล้าเดินขึ้นเพราะปวดก็จะสามารถใช้เข่าและเดินได้มากขึ้น

2) ช่วยลดไขมันในคนเป็นโรคอ้วน ลดอาการปวดเมื่อยบริเวณหัวเข่าและโครงสร้างใกล้เคียง ช่วยชะลอการเสื่อมของเข่ารวมทั้งชะลอการสูญเสียมวลกระดูกเป็นการป้องกันโรคกระดูกบาง (osteoporosis) โดยเฉพาะในข้อเข่าเสื่อมของผู้หญิงที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือน

3.1.3.1 ชนิดต่าง ๆ ของการออกกำลังกาย (exercise)

1) stretching and range of motion (ROM) exercise. stretching หมายถึง การออกกำลังกายโดยการทำให้กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ ยืดหยุ่น ส่วน ROM เป็นการออกกำลังกายโดยให้มีการเคลื่อนไหวของข้อ สองอย่างนี้มักทำต่อเนื่องกัน

2) strengthening and endurance exercise. หมายถึงการออกกำลังกายเพื่อทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและทนทาน มักทำไปด้วยกัน หลักการคือ ออกแรงเกร็งกล้ามเนื้อประมาณร้อยละ 40 – 50 ของแรงสูงสุดที่ทำได้ และให้ทำบ่อย ๆ อาจทำทุก 1 - 2 ชั่วโมงที่ว่าง หรือวันละ 4 - 5 มื้อ

3) relaxation exercise. เป็นการออกกำลังกายเพื่อทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ช่วยได้มากในคนที่มีความวิตกกังวล หรือต้องยืนนาน ๆ relaxation exercise ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมอาจจะให้หายใจเข้าช้าๆเต็มที่ แล้วหายใจออกจนสุดแล้วกลืนหายใจพร้อมกับเกร็งกล้ามเนื้อสะโพก หน้าท้อง และหน้าขาพร้อมกันแล้วให้นับ 1 - 5 ในใจ ทำประมาณ 5 - 10 ครั้ง ทุก 1 - 2 ชั่วโมง แล้วแต่ความจำเป็น การบริหารทำนี้ สามารถลดไขมันหน้าท้อง ต้นขาและสะโพกได้ดี และสามารถทำได้ทั้งทำนอน ทำยืน หรือทำนั่ง ขณะทำถ้าเหนื่อยก็ให้หยุดเข่าออกไปก่อน

4) aerobic exercise หมายถึง การออกกำลังกายที่ใช้ออกซิเจน ทำให้การทำงานของระบบหัวใจหลอดเลือดและระบบกล้ามเนื้อข้อและกระดูกแข็งแรง เกิดการเผาผลาญพลังงาน โดยต้องมีความแรงของการออกกำลังกายขนาดที่ทำให้หัวใจทำงานได้มากร้อยละ 60 – 70 ของความสามารถสูงสุด ทำนาน 10 นาทีขึ้นไป และสม่ำเสมอต่อเนื่อง อาจทำทุกวัน หรือทำวันเว้นวัน หรืออาทิตย์ละ 3 วัน aerobic exercise ในข้อเข่าเสื่อมก็มีหลายๆอย่าง เช่น การเดิน เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ วิ่งบนลู่วิ่งหรือสายพาน ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน หรือกีฬาต่าง ๆ เช่น เทนนิส และกอล์ฟ

3.2 การรักษาด้วยวิธีการใช้ยา (pharmacological therapy)

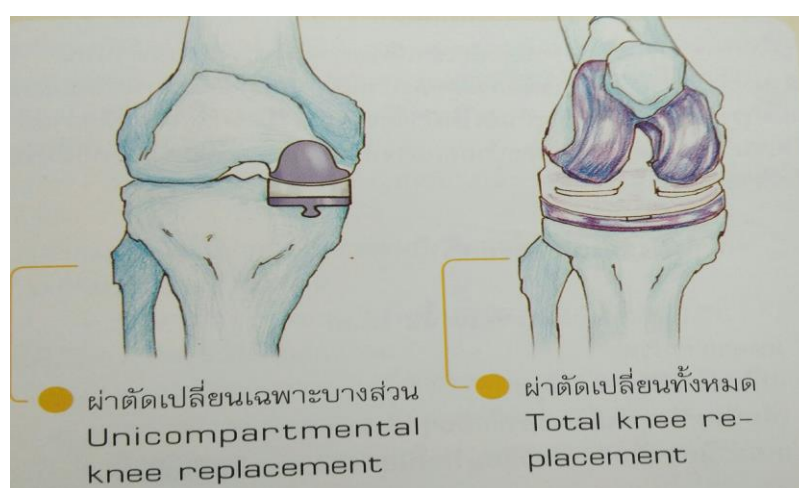
จุดประสงค์หลักของการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด ทำให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวและใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ในปัจจุบันได้มีการใช้ยาหลายชนิดในการรักษาอาการปวดและการอักเสบในโรคข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ ยาแก้ปวดที่ไม่มีฤทธิ์ลดการอักเสบ ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAID) การใช้ยาทาเฉพาะที่ การรักษาโดยการฉีดยาเข้าช่องข้อ และการใช้ยาเพื่อปรับเปลี่ยนการดำเนินของโรคข้อเสื่อม เป็นต้น

ส่วนที่ 4. การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแพทย์จะตัดเฉพาะส่วนผิวข้อเข่าที่เสื่อมสภาพออกประมาณ 8 – 10 มิลลิเมตร จะไม่ตัดกระดูกเดิมออกทั้งหมด และจะทำให้กระดูกมีรูปร่างรับกับผิวของข้อเทียมที่จะใส่เข้าไป แล้วสวมข้อเข่าเทียมครอบลงไปเท่านั้น ข้อเข่าเทียม คือส่วนที่จะมาทดแทนผิวกระดูกอ่อนภายในข้อเข่าที่เสียแล้ว

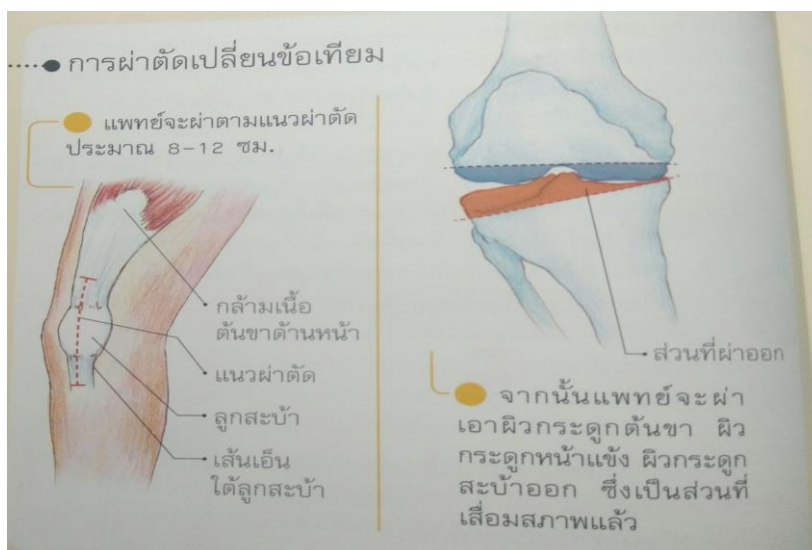
การเปลี่ยนข้อเข่ามีทั้งแบบใช้ซีเมนต์ และไม่ใช้ซีเมนต์ แบบที่ใช้ซีเมนต์จะช่วยให้มั่นคงแข็งแรงมากกว่าในกรณีที่ไม่มีซีเมนต์ ซึ่งต้องอาศัยการเคลือบผิวของข้อเทียมด้วยสารพิเศษ เช่น ไฮดรอกซี แอปพาไทต์ (Hydroxy apatite) เพื่อช่วยให้กระดูกของผู้ป่วยสามารถงอกเข้าไปสัมผัสกับผิวข้อเข่าเทียมได้ดีขึ้น ในกรณีนี้มีข้อดีว่าการผ่าตัดโดยใช้ซีเมนต์ก็สามารถผ่าตัดแก้ไขได้ง่ายกว่า ยกเว้นในกรณีที่กระดูกงอกเข้าไปติดมาก อาจทำให้การผ่าตัดทำได้ยากขึ้น

บางครั้งศัลยแพทย์อาจพิจารณาผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะบางส่วนของข้อเทียม ซึ่งเรียกว่า Unicompartmental knee replacement เป็นการเปลี่ยนเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งของข้อเข่าส่วนที่สึกหรอ โดยยังคงสภาพของข้อส่วนที่ปกติไว้ บางกรณีอาการของข้อเสื่อมอาจมีเฉพาะส่วนด้านหน้า ซึ่งสามารถรักษาได้โดยการตัดกระดูกสะบ้าที่เสื่อมออก หรือการเปลี่ยนผิวข้อของกระดูกสะบ้า ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีรายงานว่าวิธีใดรักษาได้ผลดีกว่าอย่างชัดเจน แต่การตัดกระดูกสะบ้าออกอาจทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าอ่อนแอลงได้ ข้อเข่าเสื่อมส่วนมากมักผิดรูปเป็นลักษณะขาโก่ง (Varus Knee) หรือบางรายอาจจะมีลักษณะขาหิ้ง (Valgus Knee) ซึ่งผ่าตัดได้ยากกว่า และมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทระหว่างการผ่าตัดมากกว่า (กิริติ เจริญชลวานิช, 2556)



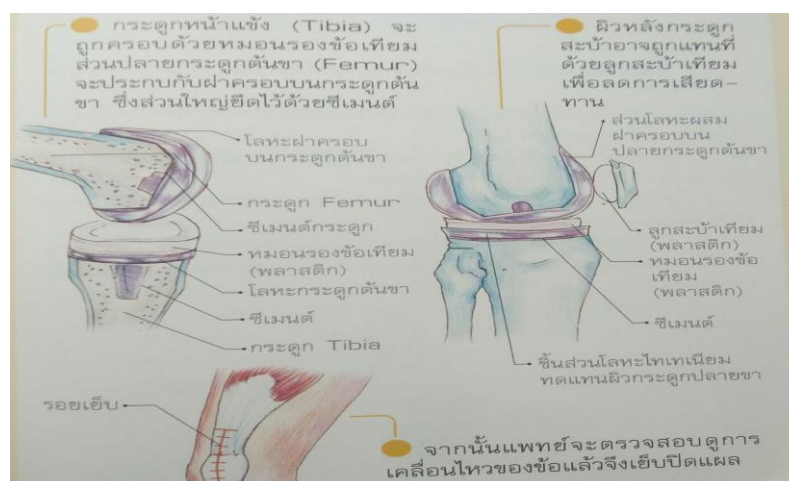
ภาพที่ 3 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ที่มา: (กิริติ เจริญชลวานิช, อยากให้เรามีแต่ ข้อ ดี 2556;4:69.)



ภาพที่ 5 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม

ที่มา: (กิริติ เจริญชลวานิช, อยากให้เรามีแต่ ข้อ ดี 2556;4:76.)



ภาพที่ 6 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม

ที่มา: (กิริติ เจริญชลวานิช, อยากให้เรามีแต่ ข้อ ดี 2556;4:77.)

บางกรณีอาการของข้อเข่าเสื่อมอาจมีเฉพาะส่วนด้านหน้า ซึ่งสามารถรักษาได้โดยการตัดกระดูกสะบ้าที่เสื่อมออก หรือการเปลี่ยนผิวข้อของกระดูกสะบ้า ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีรายงานว่าวิธีใดรักษาได้ผลดีกว่าอย่างชัดเจน แต่การตัดกระดูกสะบ้าออกอาจทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าอ่อนแรงลงได้ (กิริติ เจริญชลวานิช, 2556)

4.1 ผลแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดทั่วไป

1. ติดเชื้อ พบประมาณ 1-2% รักษาได้โดยการให้ยาปฏิชีวนะหรือการผ่าตัดล้างข้อเข้า
2. เลือดคั่ง เกิดได้ในบางครั้ง รักษาได้โดยการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก
3. แผลแยก
4. ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ อาจพบได้สูงถึง 35% เนื่องจากหลังผ่าตัดใหม่ๆ อาจปัสสาวะได้ลำบาก หรือไม่คุ้นเคยกับการปัสสาวะบนเตียง หรือเป็นผลจากการนิดยาชาเข้าไขสันหลัง ทำให้มีอาการปัสสาวะไม่ออก สามารถแก้ไขได้ด้วยการใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ 2-3 วันหลังผ่าตัด
5. ปัญหาด้านโรคหัวใจ การผ่าตัดอาจทำให้โรคหัวใจกำเริบได้ หรือในกรณีที่หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดหรือหลอดเลือดสมองได้ประมาณ 2%
6. ปัญหาด้านการหายใจ เป็นผลจากการดมยาสลบ ไม่ได้ฝึกการหายใจและการที่ไม่ได้ลุกจากเตียง
7. เสียชีวิตจากผลแทรกซ้อนต่างๆ พบได้ประมาณ 1% (กิริติ เจริญชลวานิช, 2556)

4.2 ผลการรักษา

1. การผ่าตัดข้อเทียมที่ทดแทนผิวข้อทั้งหมด (Total condylar knee replacement) ได้ผลดี 95% เป็นระยะเวลา 10 ปี และได้ผลดี 80% เป็นระยะเวลา 20 ปี การผ่าตัดแบบไม่ใช้ซีเมนต์ ได้ผลดี 93% เป็นระยะเวลา 5 ปี
2. การผ่าตัดข้อแบบที่เป็นบานพับ (Hinge Knee) จากการศึกษาได้ผลดีประมาณ 75% ในช่วง 5 ปี หลังการผ่าตัด มีอัตราการติดเชื้อ 13%
3. การผ่าตัดแก้ไขหลังจากข้อเทียมชุดแรกหลวมชำรุด ได้ผลดีประมาณ 80% ในช่วง 5 ปีแรก หลังการผ่าตัด มีอัตราการติดเชื้อ 5-10%
4. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งข้อเข้า (Unicompartment knee replacement) ได้ผลดี 80% ในระยะเวลา 10 ปีแรก (กิริติ เจริญชลวานิช, 2556)

4.3 ผลแทรกซ้อนเฉพาะที่เกิดจากการเปลี่ยนข้อเข้า

1. ภายใน 10 ปีแรกของการผ่าตัด โดยทั่วไปมีโอกาสที่ข้อเทียมหลวม 5-8% สามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดแก้ไขใส่ข้อเทียมใหม่
2. เกิดกระดูกหักประมาณ 2% จากการที่กระดูกไม่แข็งแรง หรือเกิดจากสารแปลกปลอมที่เกิดจากอุปกรณ์ข้อเทียม ทำให้มีการสลายของมวลกระดูกและหักได้ง่ายขึ้น

3. ข้อเข้าไม่มั่นคง 2% บางครั้งอาจเกิดจากการเสียความสมดุลระหว่างเส้นเอ็นรอบข้อ ทำให้ข้อหลวมได้ อาจต้องรับการผ่าตัดแก้ไข

4. กระดูกสะบ้าหลุด 1% แก้ไขได้ด้วยการปรับแต่งและแก้ไขในช่วงระหว่างการผ่าตัด

5. แผลไม่หาย พบได้น้อยกว่า 2% อาจทำให้กลายเป็นช่องทางทำให้มีการติดเชื้อตามมา

6. การรับรู้บริเวณข้อเข้าผิดปกติจากเดิมเกือบ 100% ในระยะแรก โดยเฉพาะรู้สึกตึงขา ด้านหน้าเข้าหลังการผ่าตัดในช่วง 3 เดือนแรกแต่ไม่ปัญหาในการใช้งาน (กิริติ เจริญชลวานิช, 2556)

ส่วนที่ 5. การบริหารกล้ามเนื้อเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาทุกท่า ให้เริ่มต้นจากน้อยไปหามาก ให้บริหาร 1-20 ครั้ง/ชุด วันละ 2-3 ชุด ค่อยๆเพิ่มตามความสามารถของกล้ามเนื้อต้นขา จะทำให้อาการปวดเข่าลดลง



ภาพที่ 7 การบริหารก่อนการผ่าตัด ท่าที่ 1 และท่าที่ 2

ที่มา: (กิริติ เจริญชลวานิช, อยากให้เราเริ่มแต่ ข้อ ดี 2556;4:72.)

ท่าที่ 1 นั่งชิดเก้าอี้ เหยียดเข่าตรง กระดกปลายเท้าขึ้น เกร็งค้างนับ 1-10 แล้ววางขาลง นับเป็น 1 ครั้ง

ท่าที่ 2 นั่งชิดเก้าอี้ เหยียดขาตรงให้ไขว้ขาโดยใช้ขาค้างบนกดน้ำหนักลงมาที่ขาล่าง และขาล่างเหยียดขึ้นต้านแรงขาบน จากนั้นเกร็งค้างไว้ นับ 1-10 แล้วคลาย ให้ทำสลับข้างกัน



ภาพที่ 8 การบริหารก่อนการผ่าตัด ท่าที่ 3 และท่าที่ 4

ที่มา: (กิริติ เจริญชลวานิช, อยากให้เรามีแต่ ข้อ ดี 2556;4:73.)

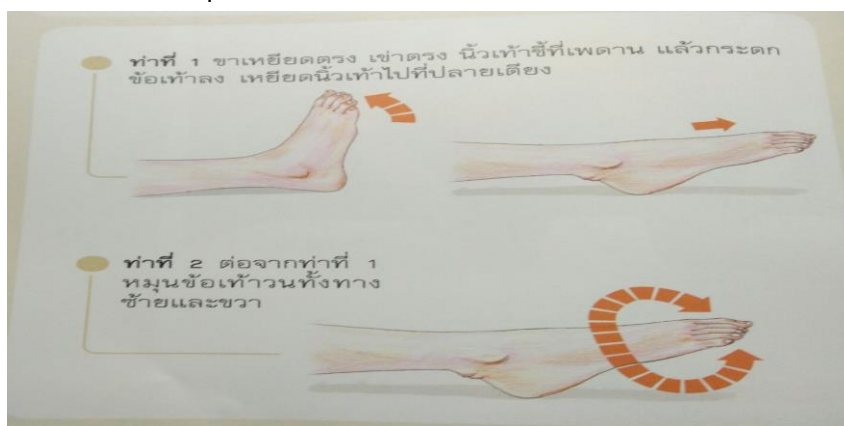
ท่าที่ 3 นอนหงายใช้หมอนรองเข่าด้านขวา เหยียดเข่าตึง นับ 1-10 แล้วคลาย จากนั้นให้ทำสลับข้างกัน

ท่าที่ 4 นอนหงาย ชันเข่าข้างใดข้างหนึ่งขึ้น และเหยียดเข่าด้านตรงกันข้ามตรงแล้วยกขาให้สูงขึ้นจากพื้นประมาณ 1 ฟุต เกร็งค้างไว้ นับ 1-10 แล้วคลาย จากนั้นให้ทำสลับข้างกัน

ส่วนที่ 6. การบริหารร่างกายภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

6.1 การบริหารระยะแรกขณะอยู่บนเตียง

ควรบริหารร่างกายตั้งแต่ยังอยู่บนเตียงในช่วงสัปดาห์แรก ท่าที่ 1-5 ควรทำ 10 ครั้ง ทุก 30 นาที ท่าที่ 6-7 ควรทำทุก 1 ชั่วโมง โดยเริ่มจากการนั่งเอนหลัง 45 องศา มีนักฟิสิกส์

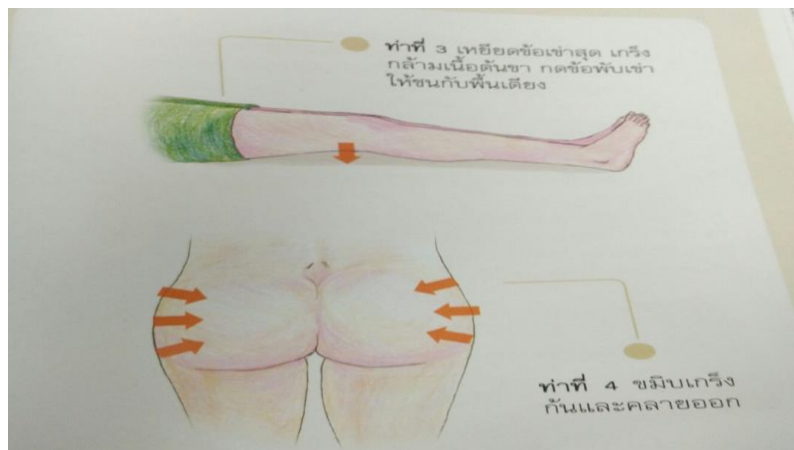


ภาพที่ 9 การบริหารระยะแรกขณะอยู่บนเตียง ท่าที่ 1 และท่าที่ 2

ที่มา: (กิริติ เจริญชลวานิช, อยากให้เรามีแต่ ข้อ ดี 2556;4:86.)

ท่าที่ 1 ขาเหยียดตรง เข่าตรง นิ้วเท้าชี้ที่เพดาน กระดกข้อเท้าลง เหยียดนิ้วเท้าไปที่ปลายเตียง

ท่าที่ 2 ต่อจากท่าที่ 1 หมุนข้อเท้าวนทั้งทางซ้ายและขวา



ภาพที่ 10 การบริหารระยะแรกขณะอยู่บนเตียง ทำที่ 3 และทำที่ 4
ที่มา: (กิริติ เจริญชลวานิช, อยากให้เรามีแต่ ข้อ ดี 2556;4:87.)

ทำที่ 3 เหยียดข้อเข่าสุด เกร็งกล้ามเนื้อต้นขา กดข้อพับเข่าให้ชนกับพื้นเตียง
ทำที่ 4 ขมิบเกร็งก้นและคลายออก



ภาพที่ 11 การบริหารระยะแรกขณะอยู่บนเตียง ทำที่ 5 และทำที่ 6
ที่มา: (กิริติ เจริญชลวานิช, อยากให้เรามีแต่ ข้อ ดี 2556;4:88.)

ทำที่ 5 ค่อยๆ งอข้อเข่าประมาณ 45 องศา ซึ่งจะสะดวกขึ้นถ้าใช้ไม้หรือแท่งพลาสติกรองใต้ข้อเท้าเพื่อไม่ให้ส้นเท้าถูกับผ้าปูที่นอน

ทำที่ 6 วางม้วนผ้าไว้ใต้ข้อพับเข่าให้ข้อเข่างอ และนิ้วเท้าตั้งตรงชี้ที่เพดาน หลังจากนั้นให้เกร็งกล้ามเนื้อต้นขา ยกส้นเท้าให้พ้นพื้นเตียง เกร็งค้างไว้ นับ 1-10 แล้วค่อยๆ วางเท้าลง



ภาพที่ 12 การบริหารระยะแรกขณะอยู่บนเตียง ท่าที่ 7
ที่มา: (กิริติ เจริญชลวานิช, อยากให้เราเริ่มแต่ ข้อ ดี 2556;4:89.)

ท่าที่ 7 เขยียดขาตรง นิ้วเท้าชี้ขึ้นเพดาน เกร็งทั้งขา ยกส้นเท้าให้พื้นพื้นเตียงประมาณ 6 นิ้ว สังเกตที่ข้อเข่า ถ้ามีการงอของข้อเข่า ซึ่งบอกถึงการหย่อน ดังนั้นต้องฝึกเกร็งให้เข่าเหยียดตรง

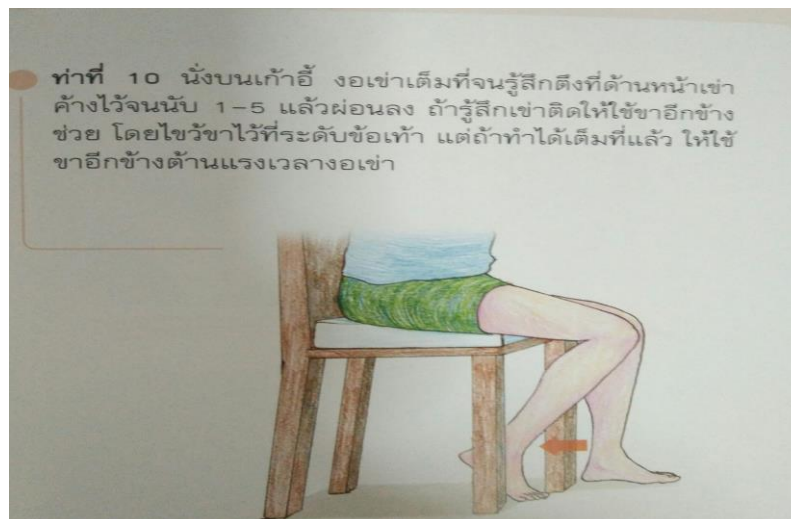
6.2 การบริหารระยะที่ 2 เมื่อสามารถลุกนั่งหรือยืนได้



ภาพที่ 13 การบริหารระยะที่ 2 เมื่อสามารถลุกนั่งหรือยืนได้ ท่าที่ 8 และท่าที่ 9
ที่มา: (กิริติ เจริญชลวานิช, อยากให้เราเริ่มแต่ ข้อ ดี 2556;4:90.)

ท่าที่ 8 นอนคว่ำ งอเข่าให้ส้นเท้าแตะที่ก้น ถ้ายังได้ไม่สุดให้ใช้ขาอีกข้างช่วยดันจนรู้สึกตึง แต่ถ้าทำได้เต็มที่แล้วให้ใช้ขาอีกข้างวางด้านบนเพื่อด้านแรงเวลางอเข่า

ท่าที่ 9 นั่งบนเก้าอี้ งอเข่าฝ่าเท้าแนบพื้น เกร็งกล้ามเนื้อต้นขา เขยียดขาให้ตรง และ
ค่อยๆผ่อนลง



ภาพที่ 14 การบริหารระยะที่ 2 เมื่อสามารถกลิ้งนั่งหรือยืนได้ ท่าที่ 10
ที่มา: (กิริติ เจริญชลวานิช, อยากให้เราไม่แก่ ข้อ ดี 2556;4:91.)

ท่าที่ 10 นั่งบนเก้าอี้ งอเข่าเต็มที่จนรู้สึกตึงที่ด้านหน้าเข่า ค้างไว้จนนับ 1-5 แล้วค่อยๆผ่อน
ลง ถ้ารู้สึกเข่าตึงให้ใช้ขาอีกข้างช่วย โดยไขว้ขาไว้ที่ระดับข้อเท้า แต่ถ้าทำได้เต็มที่แล้ว ให้ใช้ขาอีก
ข้างต้านแรงเวลางอเข่า

บทที่ 4

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

ผู้ป่วยเมื่อทราบว่าตนเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ปัญหาที่สำคัญที่สุดคืออาการปวดและ
ความสามารถในการใช้ข้อทำงานได้ลดลง ดังนั้นการพยาบาลจึงมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ
ปวดส่งเสริมให้ข้อสามารถทำงานได้เต็มที่ป้องกันไม่ให้ข้อถูกทำลายมากขึ้น การช่วยให้ผู้ป่วย
สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมทั้งการลดความวิตกกังวลและความกลัวต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น
ได้แก่ ความกลัวต่อโรคที่เป็น กลัวจะไม่หายจากโรคที่เป็น เมื่อแพทย์แนะนำให้การรักษาด้วย
การผ่าตัด ผู้ป่วยอาจจะเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัด การเปลี่ยน
สภาพจากที่บ้านสู่โรงพยาบาล เป็นการเปลี่ยนแปลงในที่อยู่อาศัย ความไม่คุ้นเคยทั้งต่อบุคลากร
หรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล กฎระเบียบของโรงพยาบาล วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด กลัวการ
ผ่าตัด ผ่าตัดแล้วจะหายจากโรคหรือไม่ เมื่อได้รับยาระงับความรู้สึกแล้วจะฟื้นหรือไม่ กลัวความ
เจ็บปวดภายหลังการผ่าตัด รวมทั้งวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลที่ใช้ระหว่างการรักษา
ตลอดจนความลังเลไม่แน่ใจในการดำเนินชีวิตต่อไปภายหลังการผ่าตัด ซึ่งความวิตกกังวลของ
ผู้ป่วยนี้จำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากพยาบาล เพื่อที่จะลดความวิตกกังวล
ดังกล่าว และทำให้ผู้ป่วยยอมรับในสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง ยอมรับการรักษาของแพทย์ และ
ทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตนได้อย่าง
ถูกต้องเหมาะสมกับพยาธิสภาพ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด หลังการผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
ดังนั้นเมื่อรับผู้ป่วยไว้ใน การดูแล พยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมินสภาวะสุขภาพผู้ป่วยซึ่งได้จาก
การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการถ่ายภาพรังสี ข้อมูลต่างๆที่
รวบรวมได้ต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคมของผู้ป่วย เพื่อให้การ
พยาบาลอย่างครอบคลุมบทบาทของพยาบาลทั้งด้านการดูแลรักษา การดูแล การป้องกัน การ
ส่งเสริมและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งในที่นี้จะขอแบ่งบทบาทของพยาบาลในหอผู้ป่วยออกเป็น 2 ระยะ
ได้แก่ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด และการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ซึ่งมีแนวทางในการพยาบาล
โดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการดูแลได้แก่ การประเมิน (Assessment) การตั้ง
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning)การปฏิบัติการพยาบาล
(Intervention)และการประเมินผลการพยาบาล(Evaluation) โดยมีรายละเอียดในแต่ละระยะดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดนี้ เบื้องต้นพยาบาลต้องทราบถึงภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในขณะนี้ และมีความรู้ในเรื่องระดับการรับรู้หรือความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรคที่เป็นอยู่ของตัวผู้ป่วยเอง มีความรู้ในเรื่องแผนการรักษาของแพทย์ โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะร่างกาย และการประเมินภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลที่พยาบาลได้รับตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแล ร่วมกับอาศัย CPG เป็นแนวทางในการให้การพยาบาล ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยมีรายละเอียดในการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดดังต่อไปนี้

ปัญหาที่ 1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- เป็นการผ่าตัดครั้งแรก ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด
- ผู้ป่วยสอบถามข้อมูลซ้ำๆ สิ้นน้ำแสดงความวิตกกังวล หน้านิ่ง คิ้วขมวด

เป้าหมาย ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงและทราบวิธีการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยรับทราบและสามารถปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง
- ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง สดชื่นขึ้น และซักถามข้อมูลน้อยลง
- ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกคลายความวิตกกังวลลง”

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลเตรียมความพร้อมของจิตใจและการเตรียมร่างกายทั่วไป ได้แก่

1.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยเพื่อเป็นการสร้างความไว้วางใจ ด้วยการทักทาย แนะนำตัวเอง โดยใช้ถ้อยคำที่สุภาพ นุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใสให้ความเป็นกันเองกับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย อยากที่จะสนทนาและพูดคุยด้วยความไว้วางใจ

1.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ต่างๆภายในหอผู้ป่วย อุปกรณ์และของใช้ต่างๆภายในห้องพักหรือภายในหอผู้ป่วยนั้นๆ และให้คำแนะนำเรื่องกฎระเบียบขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งแนะนำเรื่องการจัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวที่จำเป็น เป็นต้น

1.3 กระตือรือร้นและสนใจรวมทั้งให้ความสำคัญ ต่อความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยบอกเล่าหรือแสดงท่าทีวิตกกังวลให้เห็น พร้อมทั้งแสดงความพร้อมและความเต็มใจที่จะดูแลและช่วยเหลืออย่างเต็มที่ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยหรือปัญหาต่างๆ ด้วยท่าที่เป็นมิตร

1.4 พยายามลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ โดยการตอบคำถามและการให้ข้อมูลหรือจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย สำหรับในรายที่แสดงท่าทีวิตกกังวลมาก เช่น ร้องไห้ ขณะพูดคุย พยาบาลควรรายงานให้แพทย์ทราบ

1.5 อยู่เป็นเพื่อนหรือให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมทั้งทักทายและพูดคุยกับผู้ป่วยตลอดเวลาที่พบว่าผู้ป่วยเริ่มมีความวิตกกังวล โดยไม่ละทิ้งผู้ป่วยให้อยู่กับปัญหาเพียงลำพัง

1.6 ดูแลความสะอาดของร่างกาย แนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแล จนกระทั่งเย็นวันก่อนการผ่าตัด แนะนำให้ สระผม ตัดเล็บให้สั้น เว้นการทาเครื่องสำอาง และการทาเล็บ เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พยาบาลควรเช็ดตัวบนเตียง (bed bath) ให้ผู้ป่วย

1.7 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ รวมทั้งการให้ยานอนหลับ หรือยากล่อมประสาทอื่นๆตามแผนการรักษา

1.8 ดูแลการตรวจเช็คร่างกายต่างๆ ไปได้แก่ การเอ็กซเรย์ข้อเข่าในท่าต่างๆ เอ็กซเรย์ปอด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ในรายที่ผู้ป่วยอายุมากกว่า 40 ปี การตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆที่จำเป็นตามแนวทางของสภากายวิเทศศาสตร์ หรือวิสัญญีแพทย์ รวมทั้งการเตรียมเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดและการเตรียมให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

1.9 ประเมินร่างกายตามแบบฟอร์มการรับผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาลศิริราช และซักถามเกี่ยวกับประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร ประวัติโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ และอาจมีผลต่อการผ่าตัดได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ โรคปอด โรคความดันโลหิตสูง หรือมีภาวะซีดมากผิดปกติ ร่วมกับประวัติการรับประทานยาในขณะนี้ และยาที่แพทย์ให้หัดก่อนการผ่าตัดได้แก่ ยาละลายลิ่มเลือดต่างๆ เป็นต้น

1.10 ตรวจสอบให้ผู้ป่วยได้เซ็นหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษา หนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหรือหัตถการและการระงับความรู้สึก หนังสือแสดงความยินยอมรับเลือดและ/หรือส่วนประกอบต่างๆของเลือด แบบบันทึกการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย อวัยวะ ตำแหน่ง/ข้างที่ทำผ่าตัดหรือหัตถการ (time out) เป็นต้น โดยตรวจดูให้ผู้ป่วยญาติผู้ป่วยและแพทย์ เซ็นใบอนุญาตดังกล่าวให้เรียบร้อย รวมทั้งบอกเหตุผลให้ทราบถึงรายละเอียดในแต่ละใบอนุญาตนั้นๆโดยแพทย์และ/หรือพยาบาล

1.11 ตรวจสอบชื่อ นามสกุล HN, AN ของผู้ป่วยจาก wrist band การห้ามสวมใส่ของมีค่า ห้ามสวมใส่เครื่องประดับ หรือเครื่องช่วยฟัง เป็นต้น และดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยา และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ก่อนไปห้องผ่าตัดตามแผนการรักษา

1.12 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบ เรื่องงดน้ำและอาหาร ทางปากทุกชนิดภายหลัง เวลา 24.00 น. หรือตามแผนการรักษา ของคืนวันก่อนการผ่าตัด

2. ดูแลเตรียมความพร้อมของร่างกายเฉพาะที่ก่อนผ่าตัด ได้แก่ แนะนำให้ผู้ป่วยฟอกทำความสะอาดข้อเข้าข้างที่จะทำการผ่าตัดด้วยน้ำสะอาดและสบู่ได้ตามปกติ

ปัญหาที่ 2. ผู้ป่วยไม่ทราบแผนการรักษาและการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- เป็นการผ่าตัดครั้งแรก ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด
- ผู้ป่วยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาต่างๆ

เป้าหมาย ผู้ป่วยรับทราบแผนการรักษาและสามารถปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยรับทราบและสามารถปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง
- ผู้ป่วยซักถามข้อมูลน้อยลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค สาเหตุของการเกิดโรค อาการและการรักษา เป็นต้น รวมทั้งข้อมูลเรื่องข้อเข้าเทียม ประเด็นนี้ถือเป็นความท้าทายของพยาบาลในการที่จะช่วยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยว่าข้อมูลใดเป็นข้อมูลที่ต้องการ เชื่อถือได้ เช่นผู้ป่วยมักจะสอบถามว่าภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียมแล้ว จะเดินไม่ได้ หรือข้อเข้าไม่ได้

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์และบุคลากรอื่นๆในทีมสหสาขาวิชาชีพ ความรู้ในเรื่องกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และบุคลากรอื่นๆในทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งความรู้และข้อมูลต่างๆที่ผู้ป่วยและญาติควรรู้มีดังต่อไปนี้

2.1 วัตถุประสงค์ของการทำผ่าตัด

2.2 การเตรียมร่างกายทั่วไปก่อนผ่าตัด

2.3 บริเวณของร่างกายที่จะเตรียมผ่าตัด ขนาดของแผลผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงบริเวณที่เตรียมผ่าตัดหรือสภาวะภายหลังการผ่าตัดด้วยวิธีนั้นๆ วันที่และเวลาที่จะผ่าตัด รวมทั้งระยะเวลาในการผ่าตัดอย่างคร่าวๆ เป็นต้น

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสถานที่พักฟื้นภายหลังการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงบริเวณที่เตรียมผ่าตัดหรือสภาวะภายหลังการผ่าตัดด้วยนั้นๆ ได้แก่

3.1 สถานที่พัก หรือหอผู้ป่วยที่ต้องพักฟื้นภายหลังออกจากห้องผ่าตัด

3.2 สิ่งต่างๆที่จะติดตัวผู้ป่วยมาภายหลังกลับจากห้องผ่าตัด ได้แก่ สายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ สายทางระบายต่างๆ (hemovac drain) และการได้รับสารน้ำ หรือเลือดทดแทน เนื่องจากเสียเลือดมากภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น

4. อธิบายถึงการดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดของพยาบาล ความถี่ในการตรวจเยี่ยมของพยาบาล ภายหลังการผ่าตัด

5. แนะนำและสาธิตเกี่ยวกับการพลิกตะแคงตัว การไอ และการหายใจที่ถูกต้อง การแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการสอนให้ผู้ป่วยหัดหายใจเข้า และหายใจออกลึกๆแล้วไอเอาเสมหะออกมา หรือรวมทั้งการสอนให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ช่วยในการฝึกหายใจเข้าออกลึกๆโดยใช้ incentive spirometer (triflow)

6. แนะนำเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย การมี early ambulation ภายหลังการผ่าตัด

7. ให้กำลังใจและให้ความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการดูแลรักษาของทีมแพทย์ พยาบาล รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ

8. สอบถามพูดคุยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และสอบถามในสิ่งที่สงสัย

9. ประสานงานให้ได้พูดคุยเกี่ยวกับทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ

ส่วนที่ 2. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

การพยาบาลในระยะนี้ พยาบาลมีบทบาทมากในการที่จะให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ภายหลังการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ได้รับความเจ็บปวดน้อยที่สุด รวมทั้งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดอาจได้รับภาระรับรู้ความรู้สึกโดยการดมยาสลบ หรือยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ซึ่งผู้ป่วยอาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกดังกล่าวในระยะ 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัด ซึ่งยาระงับความรู้สึกดังกล่าว อาจจะทำให้เกิดการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหายใจช้าลง มีอาการคันตามตัว คลื่นไส้ อาเจียน อาจเกิดการสำลัก เอน้ำลายหรือเสมหะเข้าไปทางหลอดลมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดตามมาทำให้เกิดภาวะ

ปอดแฟบ (atelectasis) หรือมีการติดเชื้อที่ปอดได้ และในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อทำให้เกิดการสูญเสียเลือดมากระหว่างการผ่าตัด ซึ่งอาจเกิดภาวะ hypovolemic shock จากการเสียเลือดได้ นอกจากนั้นแล้วภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดเฉียบพลัน (acute pulmonary embolism) และภาวะอุดตันที่หลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด หากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและรวดเร็วอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายได้

ดังนั้นพยาบาลควรตรวจดูและให้การพยาบาลอย่างเร่งด่วนในเรื่องต่างๆ ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดดังต่อไปนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกภายหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ระดับความรู้สึกตัวหรือความง่วงซึมของผู้ป่วย (sedation score) ≥ 2
- สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงไป เช่น $BP \leq 90/50$ mmHg, $PR < 60$ ครั้ง/นาที หรือ > 100 ครั้ง/นาที, $RR < 16$ ครั้ง/นาที
- มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน หรือมีอาการคันตามตัว

เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

- ระดับความรู้สึกตัวหรือความง่วงซึมของผู้ป่วย (sedation score) = 0 - 1
- สัญญาณชีพปกติ $BP > 90/50$ mmHg แต่ไม่เกิน 140/90 mmHg, PR มีค่าระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที, RR มีค่าระหว่าง 16 - 20 ครั้ง/นาที
- อาการคลื่นไส้/อาเจียน หรืออาการคันตามตัว ทุเลาลง นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัวหรือประเมินความง่วงซึมของผู้ป่วย (sedation score) ด้วยการสอบถามชื่อ นามสกุล ของผู้ป่วย และหรือการสอบถามวัน เวลา และสถานที่ เป็นต้น
2. ดูแลจัดท่านอนให้เหมาะสมกับสถานะผู้ป่วยภายหลังได้รับการดมยาสลบ (under general anesthesia) ทั้งแบบ spinal block หรือ epidural block โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนราบ หนุนหมอนเตี้ย 1 ใบ ห้ามลุกนั่ง อย่างน้อย 6 ชั่วโมง หรือจนกว่าจะรู้สึกดี
3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ (vital signs) ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง กระทั่งสัญญาณชีพ เป็นปกติจนครบ 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัด หลังจากนั้นตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด และต้องดูเปรียบเทียบกับค่าเดิมของ

ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดด้วย เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันเลือดสูง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะความดันเลือดต่ำ เป็นต้น

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่ปอด เกิดภาวะปอดแฟบ หรือมีการติดเชื้อที่ปอดจากการสำลักเอาเสมหะเข้าไปที่ปอด โดยพยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติดังต่อไปนี้

4.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และให้ไออย่างถูกวิธีเพื่อช่วยระบายเสมหะหรือสิ่งกีดขวางที่ค้างคั่งในปอดออกให้หมด โดยให้ฝึกปฏิบัติทุก 1-2 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก และทุก 2-4 ชั่วโมงในวันต่อไป หรือรวมทั้งการสอนให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ช่วยในการฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ โดยใช้ incentive spirometer (triflow)

4.2 เมื่อมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน ควรตะแคงตัวหรือหันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่ง และจัดเตรียมชามรูปไตไว้ให้พร้อม เพื่อรองรับน้ำลายหรือเสมหะของผู้ป่วย รวมทั้งดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

4.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation ให้เร็วที่สุดและมากขึ้นเรื่อยๆ ภายหลังจากการผ่าตัด 24 ชั่วโมงไปแล้ว โดยภายหลังการผ่าตัดวันที่ 1 พยาบาลควรกระตุ้นและบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าสามารถลุกนั่งบนเตียงได้เต็มที่ 90 องศา เพื่อลดโอกาสในการเกิดการสำลัก โดยเฉพาะในขณะดื่มน้ำหรือรับประทานอาหาร นอกจากนั้นการลุกนั่งโดยเร็วที่สุดยังเป็นการช่วยให้ปอดได้ขยายตัวอย่างเต็มที่ ทำให้ปอดทำงานได้ดีขึ้น

5. สังเกตและบันทึกลักษณะการหายใจ เสียงของการหายใจ (breath sound) และสังเกตลักษณะของผิวหนังที่อาจจะเปลี่ยนแปลงไป (skin color) รวมทั้งตรวจสอบปลายมือปลายเท้าของผู้ป่วย ว่ามีความเย็น หรือมีอาการหนาวสั่น ที่ผิดปกติหรือไม่

ปัญหาที่ 2. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากการสูญเสียเลือดภายหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- เป็นการผ่าตัดใหญ่(Major Surgery) อาจมีการสูญเสียเลือดมากขณะผ่าตัด
- มีเลือดออกทาง Vacuum drain ≥ 200 ซีซี/ชั่วโมง
- ระดับความรู้สึกตัวหรือความง่วงซึมของผู้ป่วย (sedation score) ≥ 2
- สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ BP $\leq 90/50$ mmHg ,PR < 60 ครั้ง/นาที หรือ > 100 ครั้ง/นาที, RR < 16 ครั้ง/นาที
- แผลผ่าตัดมี Active bleeding
- จำนวนปัสสาวะ < 0.5 CC/Kg/hr.

ข้อมูลสนับสนุน(ต่อ)

- Hb < 8 g/dl, HCT < 30% , Platelet count < 150,000 /ul
- PT > 11-13 seconds, PTT > 60–70 seconds

เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้รับอันตรายจากการสูญเสียเลือดภายหลังการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- มีเลือดออกทาง Vacuum drain < 200 ซีซี/ชั่วโมง
- ระดับความรู้สึกตัวหรือความง่วงซึมของผู้ป่วย (sedation score) = 0 – 1
- สัญญาณชีพปกติ BP > 90/50 mmHg แต่ไม่เกิน 140/90 mmHg , PR มีค่าระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที , RR มีค่าระหว่าง 16 - 20 ครั้ง/นาที
- แผลผ่าตัดไม่มี Active bleeding
- จำนวนปัสสาวะ ≥ 0.5 CC/Kg/hr.
- Hb > 8 g/dl, HCT $\geq 30\%$, Platelet count > 150,000 /ul
- PT มีค่าระหว่าง 11-13 seconds, PTT มีค่าระหว่าง 60–70 seconds

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ (vital signs) ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง กระทั่งสัญญาณชีพ เป็นปกติจนครบ 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัด หลังจากนั้นตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด และจะต้องดูเปรียบเทียบกับค่าเดิมของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดด้วย เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันเลือดสูง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะความดันเลือดต่ำ เป็นต้น

2. ตรวจดูและสังเกตรวมทั้งบันทึกทั้งปริมาณ จำนวน และลักษณะของ เลือดที่ออกจากสายระบายเลือด (hemovac drain) หากตรวจพบมีปริมาณ content มากกว่า 200 ซีซี/ชั่วโมง หรือมีลักษณะ active bleeding รายงานให้แพทย์ทราบทันที ซึ่งแพทย์อาจสั่งการรักษาด้วยการ clamp สายระบายเลือด (hemovac drain) และหรือเปิดสายระบายเลือด เป็นช่วงๆ

3. สังเกต บันทึก ประเมินทั้งปริมาณ จำนวน และลักษณะของน้ำปัสสาวะที่ออกมา ทุก 2 ชั่วโมง ภายใน 8-16 ชั่วโมงแรกภายหลังผ่าตัด หากตรวจพบจำนวนปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 cc/kg/hr รายงานให้แพทย์ทราบทันที แต่ปกติน้ำปัสสาวะที่กรองมาจากไตมีจำนวนประมาณ 1 ซีซี/ นาที ดังนั้น 1 ชั่วโมง ควรมีน้ำปัสสาวะประมาณ 60 ซีซี (ชัยวุฒิ ศรีสุโข, 2556)

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างครบถ้วน ตามแผนการรักษา

5. สังเกตอาการช็อค ได้แก่ การสังเกตลักษณะของสีผิว สีเล็บ เยื่อเมือก รวมทั้งติดตามผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการในการตรวจเลือดหาค่า hematocrit (Hct), hemoglobin (Hb)

Platelet, Pt, Ptt เมื่อมีภาวะซีดหรือผลการตรวจที่พบค่า hematocri (Hct) น้อยกว่า 30% ต้องรายงานให้แพทย์ทราบทันที และหากผู้ป่วยต้องได้รับเลือดทดแทน พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดตามแผนการรักษาอย่างเร่งด่วน

6. ประเมินและสังเกตลักษณะของบาดแผล ดูแลผ้าพันแผลให้กระชับ ไม่เลื่อนหลุด พร้อมทั้งสังเกตลักษณะของเลือดที่ซึมผ่านออกมา ถ้าเลือดซึมผ่านออกมาในปริมาณมากจนชุ่มแผลในลักษณะที่เรียกว่า Active bleeding รายงานให้แพทย์ทราบทันที

7. ตรวจเช็คและจัดเตรียมรถอุปกรณ์ในรถ emergency เช่น ยาที่จำเป็นต้องมีในรถ emergency และอุปกรณ์ในการช่วยแพทย์ใส่ endotracheal tube ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

ปัญหาที่ 3. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด (pulmonary embolism)

ข้อมูลสนับสนุน

- มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (chest pain) หายใจลำบาก (dyspnea) ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) สับสน (confusion) ชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ (tachycardia)
- มีอาการแสดงได้แก่ ไอเป็นเลือด (haemoptysis) อาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (sudden onset dyspnea) มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG change)
- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด $< 95\%$ ($O_2 \text{ Sat} < 95\%$)

เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่ได้รับอันตรายจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด (pulmonary embolism)

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (chest pain) อาการหายใจลำบาก (dyspnea) ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) สับสน (confusion) ชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ (tachycardia)
- ไม่มีอาการแสดงได้แก่ ไอเป็นเลือด (haemoptysis) อาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (sudden onset dyspnea) มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG change)
- ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด $\geq 95\%$ ($O_2 \text{ Sat} \geq 95\%$)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ (vital signs) ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง กระทั่งสัญญาณชีพ เป็นปกติจนครบ 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัด หลังจากนั้นตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด รวมทั้งสังเกตอาการและอาการ

แสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) เพื่อที่จะได้ให้การรักษาอย่างทันที่

2. ประเมินภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด (Pulmonary Embolism) หรือ PE ผู้ป่วยมักมีอาการและอาการแสดงดังนี้ เจ็บแน่นหน้าอก (chest pain) อาการหายใจลำบาก (dyspnea) ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) ไอเป็นเลือด (haemoptysis) อาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (sudden onset dyspnea) เป็นอาการที่พบได้มากที่สุด ส่วนอาการอื่นที่อาจพบร่วมได้แก่ tachycardia และ fever ส่วนอาการขาบวมจาก DVT นั้นพบในผู้ป่วยส่วนน้อย (นุรพา กาญจนบัตร และคณะ, 2557)

3. ดูแลให้ได้รับยาต้านเลือดจับเป็นลิ่ม (anticoagulant) ตามแผนการรักษา เช่น heparin รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่นการมีเลือดออก และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่อง

4. ตรวจเช็คและจัดเตรียมรถอุปกรณ์ในรถ emergency เช่น ยาที่จำเป็นต้องมีในรถ emergency และอุปกรณ์ในการช่วยแพทย์ใส่ endotracheal tube ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

ปัญหาที่ 4. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis)

ข้อมูลสนับสนุน

- มีอาการปวดที่กล้ามเนื้อน่องเมื่อบีบหรือยืด (Homan's sign)
- มีอาการบวม มักจะบวมทั้งขาและมักจะบวมเฉพาะขาข้างใดข้างหนึ่ง
- ผิวหนังสีซีด

เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่ได้รับอันตรายจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis)

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีอาการ ปวดและบวมขาข้างที่เป็น อาจมีอาการร้อน ปลายเท้าเย็น ซีด
- ไม่มีอาการปวดที่กล้ามเนื้อน่อง

ผลการตรวจ D-dimer ได้ผลลบ (เชื่อถือว่าผู้ป่วยไม่เป็น DVT) (นุรพา กาญจนบัตร และคณะ, 2557)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis) ที่อาจเกิดขึ้นโดยประเมินจากอาการปวดและบวมขาข้างที่เป็น อาจมีอาการร้อน ปลายเท้าเย็น ซีด เนื่องจากการไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอยไม่ดี ถ้า thrombus เข้าไปถึงหลอดเลือดดำ

external iliac จะทำให้ปวดบริเวณขาหนีบได้ โดยพยาบาลควรตรวจคลำชีพจรที่เท้า (Dorsalis pedis pulse) ตรวจ capillary refill ตรวจ motor และ sensory function ของขาและเท้า ซึ่งเป็นการเฝ้าดูภาวะ neuro vascular ของผู้ป่วยเพื่อที่จะได้สามารถรายงานแพทย์ได้อย่างทันทั่วทั้งที่หากพบความผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยและให้การรักษาสภาวะหลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน DVT (deep vein thrombosis) ได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วทั้งที่

2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายขาทั้ง 2 ข้าง (ankle pumping exercise) ทันที เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และให้ฝึกปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล หรือให้นอนยกเท้าสูงประมาณ 20 องศา พร้อมงอเข่าเล็กน้อย หรือการใช้ elastic stocking ช่วยซึ่งถ้าทำอย่างเหมาะสมจะช่วยลด venous stasis ได้เนื่องจากการนอนราบและไม่ค่อยได้ขยับเขยื้อนทำให้เกิด venous stasis และเกิด thrombosis ได้ ยิ่งถ้ามี risk factor อื่นๆร่วมด้วยจะทำให้มีโอกาสเกิด DVT ได้มากขึ้น

3. แนะนำและดูแลในการใช้อุปกรณ์ช่วย ได้แก่ Intermittent pneumatic compression และ compression stocking ในกรณีผู้ป่วยสูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อย กระดกข้อเท้าเองไม่ได้ หรือผู้ป่วยที่ ambulation ได้ช้าหรือมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วย

4. ดูแลให้ได้รับยาต้านเลือดจับเป็นลิ่ม (anticoagulant) ตามแผนการรักษา เช่น heparin รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่นการมีเลือดออก และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่อง

5. ดูแลให้ได้รับยากลุ่ม antiplatelet หรือยา warfarin ซึ่งต้องให้ยาหลายวันก่อนการผ่าตัดเนื่องจากยาออกฤทธิ์ช้า (บุรพา กาญจนบัตร และคณะ, 2557)

5. ตรวจเช็คและจัดเตรียมรถอุปกรณ์ในรถ emergency เช่น ยาที่จำเป็นต้องมีในรถ emergency และอุปกรณ์ในการช่วยแพทย์ใส่ endotracheal tube ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

ปัญหาที่ 5. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะก้อนไขมันอุดตันในปอด (fat embolism)

ข้อมูลสนับสนุน

- มีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ
- พบจุดเลือดออก (petechia) ตามส่วนต่างๆของร่างกาย เช่นบริเวณหน้าอก รักแร้ และเปลือกตา เป็นต้น

เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะก้อนไขมันอุดตันในปอด (fat embolism)

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล(ต่อ)

- ไม่พบจุดเลือดออก (petechia) ตามส่วนต่างๆของร่างกาย เช่นบริเวณหน้าอก รักแร้ และเปลือกตา เป็นต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ (vital signs) ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง กระทั่งสัญญาณชีพ เป็นปกติจนครบ 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัด หลังจากนั้นตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด รวมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะก่อนไขมันอุดตันในปอด (fat embolism) เพื่อที่จะได้ให้การรักษาทันท่วงที ได้แก่ อาการเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ มีไข้ และอาจพบจุดเลือดออก (petechia) ตามส่วนต่างๆของร่างกาย เช่นบริเวณหน้าอก รักแร้ และเปลือกตา เป็นต้น ซึ่งจุดเลือดออกนี้เป็นตำแหน่งของ fat emboli ที่เกาะกับเม็ดเลือดแดงและเกร็ดเลือดกระจายมา

2. ตรวจเช็คและจัดเตรียมรถอุปกรณ์ในรถ emergency เช่น ยาที่จำเป็นต้องมีในรถ emergency และอุปกรณ์ในการช่วยแพทย์ใส่ endotracheal tube ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

ปัญหาที่ 6. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- บ่นปวด Pain Score ≥ 3
- สีหน้าไม่สุขสบาย หน้านํว คิ้วขมวด
- ไม่ยอมขยับร่างกาย หรือทำกิจกรรมต่างๆได้ลดลง
- นอนไม่หลับ

เป้าหมาย ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้นอาการปวดทุเลาลง

เกณฑ์การประเมิน

- Pain Score < 3
- สีหน้าสุขสบาย ไม่มีอาการหน้านํว คิ้วขมวด
- ยอมขยับร่างกาย และสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้มากขึ้น
- นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง 4 ครั้งและประเมินทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด โดยประเมินความปวดด้วยการสังเกต และซักถามรวมทั้งให้

ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา โดยพยาบาลต้องบันทึกชนิดยาที่ได้รับ ขนาด ปริมาณที่ได้รับ ประเมินระดับความง่วงซึมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. ดูแลติดตามประเมินผลอาการปวดภายหลังการให้ยาระงับปวด โดยยาระงับปวดที่ให้ด้วยการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ติดตามอาการปวดภายหลังได้รับยา 15 นาที ยาระงับปวดที่ให้ด้วยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ติดตามอาการปวดภายหลังได้รับยา 30 นาที และยาระงับปวดที่ให้ด้วยการรับประทาน ติดตามอาการปวดภายหลังได้รับยา 1 ชั่วโมง นอกจากนี้พยาบาลควรติดตามและสังเกตปฏิกิริยาภูมิแพ้ ได้แก่อาการ ผื่น คัน บวม หายใจลำบาก เมื่อพบอาการดังกล่าวต้องรายงานให้แพทย์ทราบทันที

3. ดูแลประเมินระดับความง่วงซึมของผู้ป่วย โดยใช้ Sedation score (0-3,S) ซึ่งต้องมีการประเมินทุกครั้งก่อนให้ยาระงับปวด โดยที่เมื่อผู้ป่วยรับยาครั้งแรก เฝ้าระวังทุก 1 ชั่วโมง 12 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง 6 ครั้ง จากนั้นทุก 4 ชั่วโมง 3 ครั้งถ้ายังมีการให้ยา โดยที่ระดับความง่วงซึมของผู้ป่วย เท่ากับ 0 หมายความว่าไม่ง่วงเลย ยังตื่นอยู่ ระดับความง่วงซึมของผู้ป่วย เท่ากับ 0 หมายความว่า ไม่ง่วงเลย ยังตื่นอยู่ ระดับความง่วงซึมของผู้ป่วย เท่ากับ 1 หมายความว่า ง่วงเล็กน้อย ปลุกตื่นง่าย ระดับความง่วงซึมของผู้ป่วย เท่ากับ 2 หมายความว่า ง่วงพอควรอาจสับสนให้เห็น ปลุกตื่นง่าย ระดับความง่วงซึมของผู้ป่วย เท่ากับ 3 หมายความว่า ง่วงอย่างมาก ปลุกตื่นยากมากหรือไม่ตื่น และ S หมายความว่า ผู้ป่วยนอนหลับตามปกติ

4. ดูแลลดการให้ยาระงับปวดประเภท opioids ทันที เมื่อตรวจพบว่าระดับความง่วงซึมของผู้ป่วย เท่ากับ 2 หรือ 3 และอัตราการหายใจ ≤ 8 ครั้ง/นาที และให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ด้วยการเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ออกซิเจน เตรียม mask with self-inflating bag, endotracheal tube และเตรียม naloxone dilute เป็น 0.1mg/ml ไว้ใกล้มือและพร้อมใช้หลังจากนั้นแจ้งให้แพทย์ทราบทันที

5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงยาระงับปวดที่จะได้รับ การระงับปวดภายหลังการผ่าตัดเป็นสิ่ง que ผู้ป่วยส่วนมากมีความวิตกกังวลและต้องการทราบรายละเอียด ผู้ป่วยต้องการความมั่นใจว่าในระยะหลังการผ่าตัดมีการประเมินอาการปวดเป็นระยะๆ และข้อมูลดังกล่าวจะนำไปใช้ในการปรับยาระงับปวด โดยที่พยาบาลต้องให้ความรู้กับผู้ป่วยให้คะแนนความเจ็บปวดได้ ซึ่งการให้คะแนนความเจ็บปวดที่นิยมใช้ในโรงพยาบาลศิริราชเป็นแบบ visual analog scale และแบบ numeric rating scale โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 ซึ่งมีความหมายดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวด 5 คะแนน หมายถึง มีความเจ็บปวดในระดับปานกลาง และ 10 คะแนน หมายถึง มีความเจ็บปวดมากที่สุด อย่างที่ไม่เคยเจ็บปวดอย่างนี้มาก่อน และพยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยร้องขอยาระงับปวดหรือแจ้งให้พยาบาลทราบทันทีแม้แค่เพียงเริ่มมีอาการปวด โดยที่ไม่ต้องรอให้มีอาการจนถึงที่สุด

แล้วซึ่งจะทำให้การระงับปวดปวดด้วยยาได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร เมื่อผู้ป่วยมีความรู้และสามารถให้ระดับคะแนนความเจ็บปวดได้ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถสื่อถึงระดับของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ภายหลังการผ่าตัดให้กับแพทย์และพยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอื่นๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลดีกับผู้ป่วยในการที่พยาบาลจักได้นำไปวางแผนในการจัดกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมต่อไป

ในปัจจุบันมีการใช้เครื่องควบคุมความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมการให้ยาเพื่อระงับอาการปวดได้ด้วยตนเองที่เรียกว่า เครื่อง PCA (Patient-Controlled Analgesia), PCEA (Patient-Controlled Epidural Analgesia) มากขึ้น ซึ่งหากแพทย์ได้วางแผนการรักษาที่จะใช้เครื่อง PCA /PCEA ในระยะหลังการผ่าตัด พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องดังกล่าวดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

- PCA/PCEA เป็นการระงับปวดที่ควบคุมโดยผู้ป่วย ผ่านสายน้ำเกลือหรือสาย epidural catheter ซึ่งที่ผู้ป่วยสามารถกดปุ่มที่ควบคุมการไหลของยาระงับปวดเมื่อมีอาการปวด ให้เข้าสู่ร่างกายได้ด้วยตนเอง และห้ามมิให้ผู้อื่นกดปุ่มควบคุมการไหลของยาโดยเด็ดขาด
- การระงับปวดจะเกิดขึ้นภายในระยะเวลาไม่กี่วินาทีภายหลังจากการกดปุ่ม ซึ่งแตกต่างจากการฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ ที่ใช้เวลา 10-15 นาที การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ใช้เวลา 30 นาที และการรับประทานยาแก้ปวด ซึ่งใช้เวลา 20-25 นาที ในการที่จะระงับอาการปวดได้
- ผลแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากการได้รับยาระงับปวดประเภทออร์ฟิน ได้แก่ อาการคัน อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะคั่ง ง่วงซึมและกดการหายใจ และเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการแทรกซ้อนดังกล่าวนั้นไม่เป็นอันตรายและมียาที่สามารถแก้ไขอาการแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น เพียงแต่ผู้ป่วยต้องแจ้งให้พยาบาลทราบเมื่อมีอาการดังกล่าวทันที

ปัญหาที่ 7. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- มีไข้ อุณหภูมิร่างกายมีค่า $> 37.5^{\circ}\text{C}$
- Wbc count > 10000 cell/ml
- แผลบวม แดง ร้อน และมีหนองหรือมี Discharge ซึม
- Content ที่ออกจาก Vacuum drain มีหนองปน

เป้าหมาย ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายมีค่าระหว่าง $36.5^{\circ}\text{C} - 37.5^{\circ}\text{C}$

- Wbc count มีค่าระหว่าง 5000-10000 cell/ml
- แผลไม่บวม แดง ร้อน และไม่มีหนองหรือมี Discharge ซึม
- Content ที่ออกจาก Vacuum drain ไม่มีหนองปน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึก ปริมาณ จำนวน และลักษณะของ hemovac drain การดูแลขวด hemovac drain ไม่ให้เกิดการอุดตันให้สามารถระบายสิ่งคัดหลั่งได้ตลอดเวลาโดยดูแลให้เป็นระบบ ปิด (closed system) และสุญญากาศ (negative pressure) รวมทั้งดูแลเปลี่ยนขวดโดยวิธีปลอดเชื้อ เมื่อตรวจพบว่า มีปริมาณสิ่งคัดหลั่งเต็มขวดและหรือขวดไม่เป็นสุญญากาศ

2. สังเกตและบันทึกลักษณะของแผลผ่าตัด หากพบว่าแผลมี exudates หรือมี discharge ซึม ร่วมกับมีลักษณะหรือมีกลิ่นที่ผิดปกติ ประคบกับแผลผ่าตัดที่เข้ามีอาการปวด บวม แดง ร้อน ควรรายงานให้แพทย์ทราบทันที

3. ดูแลให้แผลสะอาดแห้งอยู่เสมอไม่ให้แผลเปียกน้ำ และควรแนะนำผู้ป่วยไม่ให้ใช้มือจับ ต้องเปิดแผลหรือแกะเอาแผล เมื่อตรวจพบแผลเปียกน้ำหรือผ้าปิดแผลฉีกขาด พยาบาลควรรายงาน แพทย์ให้ทราบเพื่อชะล้างแผลด้วยวิธีสะอาดปราศจากเชื้อทันที

4. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ หากพบว่าอุณหภูมิ $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ รายงาน ให้แพทย์ทราบทันที

5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา

6. ดูแลและแนะนำให้ได้รับอาหารครบ 5 หมู่โดยเฉพาะอาหารโปรตีนสูง ให้ดื่มน้ำอย่างน้อย 2,000 ซีซี/วัน และดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างครบถ้วน ตามแผนการรักษา

ปัญหาที่ 8. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยสูงอายุ ฝึกการบริหารปอด (Deep breathing exercise) และการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) ไม่ถูกต้อง
- Early ambulation ล่าช้า

เป้าหมาย ไม่เกิดการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายมีค่าระหว่าง 36.5°C - 37.5°C

- ผู้ป่วยสามารถบริหารปอด(Depb breathing exercise) และไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) ได้ถูกต้อง
- ผู้ป่วยสามารถ Early ambulation ได้อย่างน้อยภายในวันที่ 2 ภายหลังการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำและสอนสาธิตเกี่ยวกับการพลิกตะแคงตัว การไอ และการหายใจที่ถูกต้อง การแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการสอนให้ผู้ป่วยหัดหายใจเข้า และหายใจออกลึกๆแล้วไอเอาเสมหะออกมา หรือรวมทั้งการสอนให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ช่วยในการฝึกหายใจเข้าออกลึกๆโดยใช้ Incentive spirometer(triflow)โดยให้ฝึกปฏิบัติทุก 2 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก และทุก 4 ชั่วโมงในวันต่อไป

2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation ให้เร็วที่สุดและมากขึ้นเรื่อยๆภายหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงไปแล้ว โดยภายหลังการผ่าตัดวันที่ 1 พยาบาลควรกระตุ้นและแนะนำให้ผู้ป่วยทราบว่าสามารถลุกนั่งบนเตียงได้เต็มที่ 90 องศา ด้วยการไขเตียงนั้นมีพนักงาน เพื่อลดโอกาสในการที่จะเกิดการล้มตก โดยเฉพาะในขณะดื่มน้ำหรือรับประทานอาหาร นอกจากนั้นการลุกนั่งโดยเร็วที่สุด ยังเป็นการช่วยให้ปอดได้ขยายตัวอย่างเต็มที่ ทำให้ปอดทำงานได้ดีขึ้น

3. ดูแลความสะอาดอนามัยส่วนบุคคล หากตรวจพบอาการหรืออาการแสดงที่บ่งชี้ว่าอาจมีการติดเชื้อที่ส่วนอื่นของร่างกาย เช่น การมีแผลกดทับ ปัสสาวะขุ่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ คอแดง เป็นต้น ควรรีบรายงานให้แพทย์ทราบทันที

เป้าหมายที่ 9. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

- มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย $>37.5^{\circ}\text{C}$
- ปัสสาวะมีตะกอนขุ่นหรือมีหนอง
- สายปัสสาวะหักพับงอ และไม่เป็นระบบ Closed system

เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายมีค่าระหว่าง 36.5°C - 37.5°C
- ปัสสาวะใสไม่มีตะกอนขุ่นหรือมีหนอง
- สายปัสสาวะไม่หักพับงอ และเป็นระบบ Closed system ตลอดเวลา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและทุกครั้งที่ทำเย็บ
อุจจาระ แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยแกะเกาหรือดึงสายสวนปัสสาวะ

2. การดูแลผู้ป่วยสายสวนปัสสาวะให้ปฏิบัติดังนี้

2.1 จัดบันทึกจำนวนน้ำดื่ม และปัสสาวะตลอดจนสังเกตสี ลักษณะ และจำนวน
ของปัสสาวะ เมื่อตรวจพบปัสสาวะขุ่น หรือมีตะกอน ควรรายงานให้แพทย์ทราบทันที พร้อมทั้ง
แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อย 2,000-3,000 ซีซี/วัน ถ้าไม่มีข้อห้ามทางการรักษาอื่นๆ

2.2 หมั่นตรวจดูสายสวนปัสสาวะ ระวังอย่าให้สายหักพับงอหรือตรวจดูผู้ป่วยอาจ
นอนทับสายยางโดยการแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติให้ถูกต้อง

2.3 ยึดสายยางกับหน้าขาในกรณีผู้ป่วยหญิง และยึดบริเวณหน้าท้องในกรณีผู้ป่วย
ชาย เพื่อไม่ให้สายยางเคลื่อนที่ไปมา และยึดสายยางกับเตียงผู้ป่วยเพื่อไม่ให้สายยางห้อยย้อยลงมา

2.4 ดูแลให้เป็นระบบปิด (closed system) ปัสสาวะไหลสะดวก และให้ถุงรองรับ
ปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าระดับสะโพกผู้ป่วยตลอดเวลา (ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะอย่างน้อย 1 ฟุต
ตลอดเวลา)

2.5 ดูแลไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับสู่ตัวผู้ป่วยในขณะที่พลิกตะแคงตัวหรือ
เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อการตรวจต่างๆ โดยการ clamp สายปัสสาวะชั่วคราว เพื่อป้องกัน (ascending
infection) เมื่อการพลิกตะแคงตัวหรือการเคลื่อนย้ายแล้วเสร็จ ให้ปล่อยสายระบายปัสสาวะเช่นเดิม

2.6 ภายหลังจากเอาสาย Foley's catheter ออกแล้ว ให้สังเกตว่าผู้ป่วยสามารถถ่าย
ปัสสาวะได้เองภายใน 8 ชั่วโมง หรือมีอาการถ่ายปัสสาวะไม่สุด ถ่ายปัสสาวะลำบาก และถ่าย
ปัสสาวะกระปริดกระปรอยหรือไม่

3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ (vital sign) ทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ

ปัญหาที่ 10. ผู้ป่วยไม่สุขสบายและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อยึดติดแข็ง และ
ปอดอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยทั้งในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเปลี่ยนอิริยาบถ
- การรับรู้มีข้อจำกัดและมีความแตกต่างกันในเรื่องการจัดการความเจ็บปวด การดูแลตนเอง
เพื่อป้องกันแผลกดทับ และการบริหารเพื่อป้องกันข้อยึดติดแข็ง เป็นต้น

เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความสุขสบายและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อยึดติด และ
ปอดอักเสบ

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและอนามัยส่วนบุคคลได้ตามศักยภาพอย่างเหมาะสม
- ผู้ป่วยรับรู้มากขึ้นในการดูแลตนเองเพื่อจัดการความเจ็บปวด การดูแลตนเองเพื่อป้องกันแผลกดทับ และเพื่อป้องกันปอดอักเสบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายโดยปฏิบัติต่อผู้ป่วยในเรื่องอนามัยส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ และดูแลสภาพแวดล้อมให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีเสียงรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

2. ดูแลสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งยาระงับอาการปวดที่ให้ทางหลอดเลือดดำหรือทางไขสันหลัง ให้ลดปวดดี ไม่รื้อซึม หรือเกิดลิ่มเลือดอุดตัน

3. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย รวมทั้งดูแลช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulate เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ปอดอักเสบ แผลกดทับ และข้อยึดติดแข็ง เป็นต้นโดยพยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

3.1 แนะนำและสาธิตเกี่ยวกับการพลิกตะแคงตัว การไอ และการหายใจที่ถูกวิธีการแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการสอนให้ผู้ป่วยหัดหายใจเข้าและหายใจออกลึกๆแล้วไอเอาเสมหะออกมา หรือรวมทั้งการสอนให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ช่วยในการฝึกหายใจเข้าออกลึกๆโดยใช้ incentive spirometer (triflow) โดยให้ฝึกปฏิบัติทุก 2 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรก และทุก 4 ชั่วโมงในวันต่อไป

3.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมี early ambulation ให้เร็วที่สุดและมากขึ้นเรื่อยๆภายหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงไปแล้ว โดยภายหลังการผ่าตัดวันที่ 1 พยาบาลควรกระตุ้นและแนะนำให้ผู้ป่วยทราบว่าสามารถลุกนั่งบนเตียงได้เต็มที่ 90 องศา ด้วยการไขเตียงนั่งมีพนักพิง เพื่อลดโอกาสในการที่จะเกิดการสำลัก โดยเฉพาะในขณะดื่มน้ำหรือรับประทานอาหาร นอกจากนั้นการลุกนั่งโดยเร็วที่สุดยังเป็นการช่วยให้ปอดได้ขยายตัวอย่างเต็มที่ ทำให้ปอดทำงานได้ดีขึ้น

3.3 ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ

3.4 ช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง ด้วยการดึงขาข้างที่ไม่ได้รับการผ่าตัด ใช้มือโหนบาร์ที่แขนอยู่เหนือศีรษะแล้วพลิกตะแคงตัวหรือยกกันสูงลอยจากพื้น

3.5 สังเกตรอยแดงบริเวณสะโพก ก้นกบ และบริเวณปุ่มกระดูกต่าง รวมทั้งดูแลผิวหนังให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ โดยเฉพาะบริเวณหลังและก้น จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง หรือจัดหาที่นอนลมให้ผู้ป่วยนอน

3.6 ดูแลเส้นเท้าให้สูงลอยตลอดเวลาด้วยการใช้ผ้าหรือหมอนรองบริเวณน่อง ทั้งในท่านอนหงาย หรือนอนตะแคงเพื่อไม่ให้ถูกกดทับ

4. ประเมินความเจ็บปวด ด้วยการสังเกต และซักถามรวมทั้งให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา และให้การพยาบาลเช่นเดียวกับการพยาบาลระยะก่อนการผ่าตัด ในการพยาบาลที่ 2 การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นรวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลที่จะได้รับทั้งก่อนผ่าตัด หลังการผ่าตัดและระยะพักฟื้นตลอดจนรับทราบแผนการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้อง

5. ให้กำลังใจ ปลอบโยนและอธิบายถึงภาวะไม่สุขสบาย ซึ่งจะเกิดในระยะหลังผ่าตัดวันแรก บอกถึงความจำเป็นและประโยชน์ของสายท่อระบายต่างๆ ตลอดจนแนะนำการปฏิบัติตนขณะใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่สายระบายเลือด และการปฏิบัติตนขณะได้รับสารน้ำ ได้รับยาระงับปวดทางหลอดเลือดดำหรือทางไขสันหลัง เป็นต้น

6. พยาบาลควรแนะนำวิธีการปรับระดับเตียงผู้ป่วย สำหรับเตียงที่เป็นระบบไฟฟ้าซึ่งผู้ป่วยสามารถปรับระดับเตียงได้ด้วยตัวเอง รวมทั้งแนะนำการใช้อุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายตนเองบนเตียง เช่น over head bar, monkey bar และดูแลจัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมใช้ เช่น หมอนนอน เป็นต้น

ปัญหาที่ 11. ผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อภายหลังการผ่าตัด และการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน

ข้อมูลสนับสนุน

- เป็นการผ่าตัดครั้งแรก ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อ และการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินภายหลังการผ่าตัด
- ผู้ป่วยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับแผนการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัด

เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อภายหลังการผ่าตัดและการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยรับทราบและมีทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพและมีทักษะในการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินภายหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง
- ผู้ป่วยซักถามข้อมูลต่างๆ น้อยลง
- ผู้ป่วยสามารถตอบข้อซักถามได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ภายหลังกลับจากห้องผ่าตัดพยาบาลควรแนะนำและดูแลช่วยเหลือจัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ยกขาข้างที่ใส่ compression dressing หรือ Jones' bandage ให้สูงตลอดเวลา โดยใช้หมอนรองอย่างน้อย 1-2 ใบ ในลักษณะขาเหยียดตรง เพื่อป้องกันเข่างอ ป้องกันอาการบวมที่ขาและลดการคั่งของเลือดบริเวณปลายเท้า

2. สอนให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติในการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา (quadriceps exercise) การกระดกข้อเท้าขึ้นลงบ่อยๆ (ankle pumping exercise)

3. ภายหลังจากแพทย์นำ compression dressing หรือ Jones' bandage ออกภายใน 2-3 วัน หลังการผ่าตัด และแพทย์ให้ฝึกการบริหารเพื่อข้อข้อและเหยียดข้อเข่า ซึ่งแพทย์อาจปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อร่วมดูแลและให้การช่วยเหลือ พยาบาลควรดูแลช่วยเหลือและให้คำแนะนำในสิ่งต่างๆดังต่อไปนี้

3.1 เพื่อช่วยกระตุ้นให้เกิดความยืดหยุ่นของข้อเข่า และรู้สึกผ่อนคลายบริเวณต้นขา ขณะผู้ป่วยนอนเหยียดขา พยาบาลควรแนะนำให้ใช้ผ้าขนหนูม้วนเป็นหมอน รองบริเวณใต้ข้อเท้า

3.2 ให้ผู้ป่วยฝึกงอเข่าข้างที่ทำผ่าตัดด้วยตนเอง โดยการนั่งห้อยขาข้างเดียว โดยใช้ขาข้างที่ไม่ได้รับการผ่าตัด กดเข่าข้างที่ทำผ่าตัดลงช้าๆ กระทั่งสามารถงอได้ชิดขอบเตียง หรือสามารถงอได้ 90 องศา หลังจากนั้นให้ฝึกเหยียดเข่าข้างที่ทำผ่าตัด ด้วยการใช้ขาข้างที่ไม่ได้รับการผ่าตัดซ้อนบริเวณชั้นเท้าของขาข้างที่ทำผ่าตัด หลังจากนั้นค่อยๆยกปลายเท้าข้างที่ทำผ่าตัดขึ้นให้เหยียดตรงมากที่สุด

3.3 ในกรณีที่แพทย์ให้ผู้ป่วยฝึกงอและเหยียดเข่าข้างที่ทำผ่าตัดด้วยการใช้เครื่อง CPM (continuous passive motion) พยาบาลควรแนะนำการใช้เครื่องบริหารนี้ตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถฝึกหัดงอและเหยียดเข่าได้ด้วยตนเอง สิ่งที่สำคัญที่สุดห้ามให้มีการวางขาไว้บนเครื่อง CPM ที่หยุดอยู่ในท่างอเข่า หรือห้ามให้ผู้ป่วยนอนงอเข่าโดยที่มีหมอนรองไว้ใต้เข่า เนื่องจากจะทำให้เข่ามี flexion contraction ได้ ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อการเดินของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลศิริราชต้องการให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเหยียดเข่าได้สุด (extension ดินน้อยกว่า 5 องศา) และสามารถงอเข่าได้อย่างน้อย 90 องศา (ROM flexion มากกว่า 90 องศา) ภายใน 1 สัปดาห์

3.4 แนะนำให้ประคบความเย็น (cold compression) บริเวณแผลผ่าตัดและรอบ ๆ ข้อหลังการผ่าตัดนาน 20 นาที ทุก ๆ 1 – 2 ชั่วโมง เพื่อลดอาการปวดและบวม สังเกตอาการบวมแดง ร้อน รอบเข่า ถ้ามีอาการดังกล่าว ควรประคบด้วยความเย็นและหยุดพักการบริหาร หรือหยุด

พักข้อ นอกจากนั้นยังสามารถประคบเย็นในช่วงที่ไม่ได้ออกกำลังเข้า และให้หยุดการประคบเย็นเมื่ออาการระบมหรืออาการอักเสบบรรเทาแล้ว

4. เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถลงยืนและเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน 4 ขา (pickup walker) ซึ่งศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลศิริราชต้องการให้ผู้ป่วยสามารถลงยืนเดินโดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คนได้ ภายในวันที่ 5 หลังการผ่าตัด ซึ่งแพทย์อาจปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อร่วมดูแลและให้การช่วยเหลือ พยาบาลควรดูแลช่วยเหลือและให้คำแนะนำในสิ่งต่างๆดังต่อไปนี้ ภายใต้การช่วยเหลือของญาติเพื่อเป็นการระมัดระวังโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

4.1 ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาทั้ง 2 ข้างโดยเฉพาะขาข้างที่ทำผ่าตัด และความสามารถที่ผู้ป่วยทำได้เกี่ยวกับการลงน้ำหนัก โดยแพทย์อาจอนุญาตให้ลงน้ำหนักที่ขาข้างที่ทำผ่าตัดได้ตามที่ผู้ป่วยทนได้ (weight bearing as tolerate) หรือให้เดินโดยใช้นิ้วเท้าแตะพื้นได้เท่านั้น (toe – touch weight bearing) หรือให้ลงน้ำหนักได้บ้าง ประมาณ 25% (partial weight bearing)

4.2 การเคลื่อนย้ายลงจากเตียงเพื่อขึ้นหรือเดิน ผู้ป่วยควรสวมกางเกงที่มีสายรัดเอว หรือมีเข็มขัดคาดเอว แนะนำให้ขยับลงจากเตียงไปทางด้านเดียวกันกับขาข้างที่ทำผ่าตัด ดูแลให้สายระบายต่างๆอยู่ในสภาพเรียบร้อย ไม่หักพับงอ หรือมีโอกาสดิ้นหลุด เมื่อตรวจดูความเรียบร้อยแล้วให้ปฏิบัติดังนี้

- ให้ผู้ป่วยได้ลุกนั่งอย่างน้อย 10 – 15 นาที พร้อมทั้งให้ฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ ก่อนลงยืนหรือเดินทุกครั้ง เมื่อไม่มีอาการหน้ามือเวียนศีรษะแล้ว จึงให้สามารถลงเดินได้

- การช่วยยืน พยาบาลยืนด้านหน้าและจับตัวผู้ป่วย วางเท้าไว้ด้านหน้าของผู้ป่วย จับเข็มขัดหรือขอบกางเกงที่เอวผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยใช้มือทั้ง 2 ข้างดันตัวขึ้นจากเตียงเมื่อผู้ป่วยทรงตัวได้แล้ว ให้ใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินได้แก่ อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน 4 ขา (Pickup walker) หรือไม้ยันรักแร้ (axillaries crutches) ซึ่งมีแนวทางในการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวดังนี้

- การเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน 4 ขา (Pickup walker) ให้ปฏิบัติดังนี้ มือ 2 ข้างยกเครื่องช่วยพยุง 4 ขา และวางเครื่องช่วยพยุง 4 ขา ห่างออกไปยังทิศทางที่จะเดินไปข้างหน้า ประมาณ 2 – 3 นิ้ว โดยเกาะเครื่องช่วยพยุง 4 ขา ให้แน่นด้วยมือทั้ง 2 ข้าง และควรตรวจสอบให้มั่นใจว่าขาทั้ง 4 ของเครื่องช่วยพยุงแนบกับพื้นทุกครั้ง หลังจากนั้นโน้มตัวไปข้างหน้า และปล่อยให้เครื่องช่วยพยุง 4 ขา รับน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ก้าวเท้าข้างที่ทำการผ่าตัดไปข้างหน้าอย่างระมัดระวัง (ให้ลงน้ำหนักขาข้างที่ไม่ได้ทำการผ่าตัด) และดูแลอย่าให้เท้าของผู้ป่วยพันกับขาของเครื่องช่วยพยุงหรือเท้าเหยียบกับขอบกางเกงหรือสายระบายต่างๆ เงยหน้าและมองไปข้างหน้าหลังจากนั้นก้าวขาข้างที่ไม่ได้ทำการผ่าตัดตามไป

ปัญหาที่ 12. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนไหวได้น้อยลงและไม่ทราบวิธีปฏิบัติเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมาะสมกับพยาธิสภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

- ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
- มีแผลผ่าตัดที่เข้า ช่วยเหลือตัวเองลำบาก
- เป็นการผ่าตัดครั้งแรกไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพ

เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวของร่างกายดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนไหวได้เหมาะสมกับพยาธิสภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายและช่วยเหลือตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม
- ผู้ป่วยมีทักษะในการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินได้ถูกต้อง
- ผู้ป่วยมีทักษะในการเคลื่อนย้ายตนเองโดยใช้รถเข็นได้ถูกต้อง
- ผู้ป่วยซักถามข้อมูลต่างๆลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. การช่วยผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ หรือรถเข็น (wheel chair) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากเตียงให้ใช้วิธีเดียวกัน จากนั้นหมุนตัวผู้ป่วยเล็กน้อย ทำซ้ำ จนผู้ป่วยจับขอบเก้าอี้หรือรถเข็นได้แล้ว ให้ผู้ป่วยหย่อนตัวลงช้าๆเพื่อนั่งลง

2. การช่วยผู้ป่วยขึ้นเตียง ให้ผู้ป่วยเลื่อนตัวมาที่ขอบเก้าอี้ หรือขอบรถเข็น(wheel chair) นำเครื่องช่วยพยุงเดิน 4 ขา (Pickup walker) ไว้ด้านหน้าผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมือจากการจับขอบเก้าอี้หรือขอบรถเข็นไปจับที่ เครื่องช่วยพยุงเดิน 4 ขา (Pickup walker) แทนหลังจากนั้นให้ผู้ป่วยคืบตัวขึ้นเพื่อลุกขึ้น และหมุนตัวช้าๆเพื่อนั่งที่เตียงผู้ป่วย แล้วช่วยพยุงขาข้างที่ทำผ่าตัดวางบนเตียง พร้อมทั้งยกหลักกันเตียงขึ้นแนะนำให้ญาติดูแลใกล้ชิดระวังอุบัติเหตุ

ปัญหาที่ 13. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
- ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอย่างไร”

เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อยืดอายุการใช้งานของข้อเทียม ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ป้องกันข้อยึดติด ข้อหลุด หลวมและเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลศิริราช จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เมื่อตรวจพบว่าผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีภาวะช็อค แผลผ่าตัดดีไม่มีอักเสบ บวม แดง ร้อน หรือไม่มีสิ่งกีดขวางหลังซิม ประกอบกับการที่ผู้ป่วยสามารถงอข้อเข้าได้อย่างน้อย 90 องศา ร่วมกับการที่ผู้ป่วยสามารถ ambulate ได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คน โดยใช้อุปกรณ์พยุงเดินภายใน 5 วันหลังการผ่าตัด ซึ่งการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านนั้นมีความสำคัญอย่างมาก พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน โดยมีการประเมินตั้งแต่เริ่มแรกเมื่อรับผู้ป่วยไว้ใน การดูแล และประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งถึงวันกลับบ้าน ซึ่งพยาบาลควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว อาจสังเกตและศึกษาถึงการปรับตัวทางอารมณ์ ความมั่นคงทางจิตใจในเหตุการณ์ครั้งก่อนๆ รวมทั้งการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยที่บอกล่าวเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อฟื้นฟูสภาพ การเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพ หรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ดูแล โดยสังเกตท่าทีและพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อกัน

2. แสดงท่าทีและแนะนำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจร่วมกับครอบครัว โดยการให้คำแนะนำหรืออภิปรายปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไป

3. ให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น รวมทั้งกล่าวชมเชยและสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีขึ้นจากระยะเริ่มต้นคือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลอนามัยส่วนบุคคล การพลิกตะแคงตัวหรือการเปลี่ยนอิริยาบถบนเตียง การดูแลแผลผ่าตัด การบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติตนที่เหมาะสมเพื่อยืดอายุการใช้งานของข้อเทียม รวมทั้งการลุกนั่ง ยืน เดิน ด้วยตัวเองร่วมกับการใช้อุปกรณ์พยุงเดิน โดยมีรายละเอียดในเรื่องต่างๆดังต่อไปนี้

3.1 แนะนำการอาบน้ำสามารถอาบน้ำได้ตามปกติ แต่ควรระมัดระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำกรณีที่พักยังไม่ได้ตัดไหม โดยการดักอาบหรือแนะนำให้อาบน้ำจากฝักบัว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องก้มๆยกๆบ่อยๆ ในระยะแรกๆควรอาบน้ำในท่านั่ง โดยนั่งบนเก้าอี้ที่มีความสูงระดับสะโพกและมีพนักพิงเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ร่วมกับการรักษาอนามัยส่วนบุคคลให้สะอาดอยู่เสมอทั้งปาก ฟัน ผม และสวมเสื้อผ้าที่สะอาด

3.2 แนะนำดูแลให้แผลสะอาดแห้งอยู่เสมอไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ให้ใช้มือจับต้อง เปิดแผลหรือแกะกาแผล เมื่อตรวจพบแผลเปียกน้ำ ผ้าปิดแผลฉีกขาด หรือแผลมีสิ่งกีดหลังซึม ควรชะล้างแผลด้วยวิธีสะอาดปราศจากเชื้อที่ศูนย์สาธารณสุขหรือสถานพยาบาลที่ใกล้บ้านที่สุด เมื่อตัดไหมแล้วและแผลแห้งดีภายหลังการตัดไหมแล้ว 2 – 3 วันจึงให้โดนน้ำได้

3.3 แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่เน้นอาหารที่มีธาตุเหล็ก วิตามินซี และแคลเซียมสูง เพื่อช่วยบำรุงเลือดและกระดูก ได้แก่ นม เต้าหู้ ปลาเล็ก ปลาน้อย งาคั่ว ผลไม้ ผักใบเขียว นอกจากนี้ควรรับประทานอาหารที่มีกากใย ดื่มน้ำอย่างน้อย 2 ลิตร/วัน เพื่อระวังไม่ให้ท้องผูก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน อาหารทอดต่างๆ ขนมหวาน ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน ซึ่งจะทำให้มีน้ำหนักผ่านข้อเข่าเทียมมากโดยเฉพาะในขณะยืนหรือเดิน ซึ่งอาจทำให้ข้อเข่าเทียมหลวมหรือสึกกร่อนก่อนกำหนด รวมทั้งไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และควรอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวกแสงสว่างในบ้านพอเพียง พื้นไม่ลื่น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3.4 แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษา ห้ามซื้อยารับประทานเอง และให้สังเกตอาการแพ้ยา ได้แก่ ผื่นคัน แดงหน้าอก หายใจลำบาก หรือผลข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ

3.5 แนะนำผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ แต่หากมีอาการผิดปกติให้พบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ ปวดเข่ามาก ข้อเข่าบวม แดง ร้อน ข้อเข่าผิดรูป ข้อเข่าหลวม ข้อเข่าติดแข็ง งอข้อเข่าไม่ได้ มีไข้สูง แผลมีน้ำหรือเลือดซึมออกมา หรือมีอาการเกี่ยวกับการหายใจลำบาก อาการจากการแพ้ยา เป็นต้น

3.6 แนะนำผู้ป่วยพบกบัตรประจำตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมตลอดเวลา และความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อที่ข้อเข่าเทียม โดยผู้ป่วยต้องแจ้งให้แพทย์ ทันตแพทย์ หรือพยาบาลในโรงพยาบาลที่เข้ารับการตรวจรักษาในโอกาสต่อไปให้ได้รับทราบทุกครั้งว่าท่านได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมซึ่งผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะป้องกันก่อนที่จะได้รับการทำการใดๆ

3.7 แนะนำการบริหารร่างกาย เพื่อฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด เพื่อให้การเคลื่อนไหวของร่างกายดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนไหวและฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัด ได้เหมาะสมกับพยาธิสภาพ ได้แก่การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาที่ทำหน้าที่เหยียดเข่า (quadriceps exerciser) ซึ่งการงอและเหยียดเข่าควรทำอย่างสม่ำเสมอทุกวันอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ 6 สัปดาห์แรกหลังจากผ่าตัด และแนะนำการใช้อุปกรณ์พยุงเดิน 4 ขา (pickup walker)

3.8 แนะนำให้นั่งเก้าอี้ หรือนอนเตียงนอนความสูงระดับสะโพกและในขณะที่ลุกขึ้นนั่งปลายเท้าสัมผัสพื้นพอดี และควรนั่งเก้าอี้ที่มีเบาะแข็งแรง มีที่พักแขน ขณะจะนั่งเก้าอี้ให้หัน

หลังเข้าหาเก้าอี้ มือจับที่พนักพิงเก้าอี้ให้แน่น เมื่อสัมผัสเก้าอี้ได้แล้วให้ค่อยๆ หย่อนก้นลงพร้อมกับเหยียดขาข้างที่ได้รับการผ่าตัดไปข้างหน้าเล็กน้อย และเมื่อจะลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ก็ให้ทำขั้นตอนสลับกัน (หลีกเลี่ยงการหมุนตัวและการเคลื่อนไหวที่เร็วเกินไป)

3.9 แนะนำหลีกเลี่ยงการนั่งไขว่ห้าง นั่งยองๆ นั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ หรือนั่งเก้าอี้เตี้ยๆ ดังนั้นในการนั่งถ่ายอุจจาระควรใช้ส้วมชักโครก (โถนั่ง) หรือใช้เก้าอี้สุขภัณฑ์วางครอบบนส้วมซึมแทนการนั่งกับส้วมซึมโดยตรง วิธีการนั่งถ่ายให้ใช้วิธีเดียวกันกับการนั่งและลุกจากเก้าอี้

3.10 แนะนำการมีเพศสัมพันธ์ ควรเริ่มในระยะ 6 – 8 สัปดาห์ภายหลังการผ่าตัด และควรหลีกเลี่ยงท่าที่ทำให้มีอาการเจ็บปวดข้อเข่ามากขึ้น เช่นการนั่งคุกเข่า เป็นต้น

3.11 แนะนำหลีกเลี่ยงการแบกหรือการยกของหนักๆ การขึ้นหรือเดินนานๆ การเดินขึ้นลงบันไดหรือพื้นที่ลาดชัน การขึ้นลงบันไดสามารถทำได้เมื่องอเข้าได้ 90 องศา กล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้าแข็งแรงและความยืดหยุ่นดี ควรมีราบันไดช่วยจับในการขึ้นลงบันได ไม่ควรขึ้นบันไดที่มีความสูงของขั้นบันไดเกิน 7 นิ้ว และควรขึ้นทีละขั้น เมื่อขาแข็งแรงดีแล้วจึงก้าวขึ้นลงบันไดแบบก้าวต่อก้าวได้ สำหรับการขึ้นลงบันไดให้ใช้ขาข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดขึ้นไปก่อน ในขณะที่ก้าวลงบันไดให้ใช้ขาข้างที่ทำการผ่าตัดก้าวลงไปก่อน จากนั้นตามด้วยขาข้างที่ไม่ได้ผ่าตัด

3.12 แนะนำควรออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายช้าๆ ได้แก่ รำมวยจีน ว่ายน้ำ กีฬาตีกอล์ฟ เป็นต้น หลีกเลี่ยงการวิ่ง การกระโดด หรือการเล่นกีฬาที่ต้องเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว หรือควรปรึกษาแพทย์ก่อนการเล่นกีฬาแต่ละครั้ง

บทที่ 5

กรณีศึกษา

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 ผู้ป่วยชายไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 74 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ
- 1.2 ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2
- 1.3 อาชีพเดิม เกษตรกร ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ
- 1.4 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ xxx หมู่ xx ต.อ่างทอง อ.ทับสะแก จ.ประจวบคีรีขันธ์
อาชีพเดิมเกษตรกร ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ
- 1.5 วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 13 กุมภาพันธ์ 2557 หอผู้ป่วยพิเศษอุบัติเหตุ 2
- 1.6 วันที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล 13 กุมภาพันธ์ 2557
- 1.7 วันที่ผู้ป่วยพ้นจากความดูแล 16 กุมภาพันธ์ 2557

ส่วนที่ 2. รายงานประวัติ

- 2.1 แหล่งที่มา และ/หรือ ผู้ให้ข้อมูล
 - จากตัวผู้ป่วยเอง
 - เวชระเบียน เชื่อถือได้
- 2.2 อาการสำคัญ
 - 1 ปีก่อนปวดเข้าขวา ข้อฝืดหรือขัดเวลาขยับข้อเข้า
- 2.3 ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน
 - 5 ปีก่อนเริ่มมีอาการปวดเข้าขวา พบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์บอกว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แต่อาการยังไม่รุนแรง ให้ยารับประทานและแนะนำการปฏิบัติตัว แนะนำให้มาพบแพทย์สม่ำเสมอ แต่ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ไม่มาพบแพทย์ตามนัด
 - 2 ปีก่อนเหยียดและเข้าขวาได้น้อยลงจากเดิม ปวดเข้าขวามากขึ้น เดินได้ไกลประมาณ 100 เมตร ต้องนั่งพัก แพทย์แนะนำทำผ่าตัดแต่ผู้ป่วยยังไม่พร้อม ขอรับประทานยาไปก่อน
 - 1 ปีก่อนปวดเข้าขวามากขึ้น เหยียดและงอเข้าขวาได้น้อยลง ข้อเข้าขวาววมและผิดรูป มีเสียงดังกรอบแกรบ ในข้อเข้าขวาขณะเคลื่อนไหวมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลศิริราช แพทย์บอกเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แนะนำทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม ในระหว่างนี้รอคิวเพื่อรักษาด้วยการผ่าตัด

2.4 ประวัติในอดีต

- สุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงดีมาตลอด
- ไม่เคยป่วยด้วยโรคร้ายแรงมาก่อน ไม่เคยมีโรคประจำตัวใดๆ
- ปฏิเสธ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเลือด ไวรัสตับอักเสบ

และโรคปอด

- ไม่เคยมีประวัติวัณโรค โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเลือด โรคไวรัสตับอักเสบ และโรคปอด ในครอบครัว

- ไม่เคยแพ้ยา/อาหาร
- ไม่เคยได้รับการผ่าตัด/ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุร้ายแรงใดๆ
- ไม่เคยรับประทานยาละลายลิ่มเลือด หรือยาป้องกันเลือดแข็งตัว และรับประทานยา

ลูกกลอน/ชาหม้อ หรือรับประทานยาชนิดใดชนิดหนึ่งเป็นประจำ

ส่วนที่ 3. ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

- ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา และลูก
- ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ไม่มีความวิตกกังวลเรื่องความเจ็บป่วย ค่ารักษาพยาบาล

และครอบครัว

- ไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากมีอาการปวดเข่า
- ไม่ดื่มเหล้าหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- สูบบุหรี่มานานประมาณ 40 ปี และเลิกสูบบุหรี่มาประมาณ 10 ปี
- รับประทานอาหารไทยธรรมดา รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน
- น้ำหนักตัวที่ผ่านมามีได้เพิ่ม/ลดลงจากเดิม

ส่วนที่ 4. ประวัติการตรวจร่างกายตามระบบ

ศีรษะ ใบหน้า และลำคอ

- ไม่เคยเป็นโรคเกี่ยวกับตา หู คอ จมูก และไม่เคยได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ

ระบบผิวหนัง

- สิวปกติ ไม่มีผื่น จุดจ้ำเลือด ไม่มีแผลกดทับ
- ผิวหนังแห้ง อุณหภูมิ skin turgor poor

ระบบหัวใจและหลอดเลือด

- ไม่เคยมีอาการเจ็บหน้าอก
- ไม่เคยเหนื่อยง่ายขณะออกกำลังกายและทำงานหนัก/ขณะเดินขึ้นหรือลงบันได
- ไม่เคยมีอาการบวมหรือตัวเขียว

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก

- ไม่เคยมีอาการหายใจลำบาก
- ไม่มีอาการไอมีเสมหะเป็นสีเขียว มีเลือดปน
- ผล x-ray ปอด ปกติ

ระบบประสาท

- ระดับความรู้สึกตัวปกติตาม ตอบ รู้เรื่องดี
- ไม่เคยมีสายตาพร่ามัวหรือเห็นแสงผิดปกติ
- การได้ยิน การพูด การรับกลิ่น การรับรู้สัมผัส ปกติดี
- glasgow coma scale = 15

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

- ไม่มีอาการอ่อนแรง อาการชา ของกล้ามเนื้อแขน ขา
- เข้าขวามบวมแต่มีอาการปวดโดยเฉพาะเวลางอเข้า หรือกดบริเวณกระดูกสะบ้า
- ไม่สามารถงอ เขยียดเข้าได้เต็มที่ เนื่องจากมีอาการปวด

ระบบสืบพันธุ์/ระบบทางเดินปัสสาวะ/ระบบขับถ่าย

- อวัยวะสืบพันธุ์ปกติ ไม่เคยมีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติออกจากอวัยวะสืบพันธุ์
- ไม่เคยมีอาการปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะมีเลือดปน สามารถกลั้นปัสสาวะได้
- ถ่ายอุจจาระทุกวันๆละ 1 ครั้ง

สภาพจิตใจ

- ไม่เคยประวัติการเจ็บป่วยทางจิตและประสาท

ส่วนที่ 5. หลักฐาน ที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยรายนี้มีอาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม ที่ตรงกับ ทฤษฎี ได้แก่

1. อาการปวด มีลักษณะปวดตื้อๆ ทั่วๆ ไปบริเวณข้อเข่าขา
2. มีอาการ ข้อฝืด(stiffness)หรือขัดเวลาขยับข้อเข่าขา
3. การเขยียดและงอของข้อเข่าขาทำได้ไม่เต็มที่ พิสัยการขยับของข้อเข่าขาลดลง
4. ข้อเข่าขาบวมและผิดรูป (swelling and deformity)
5. มีเสียงดังกรอบแกรบ (crepitus) ในข้อเข่าขาขณะเคลื่อนไหว

ส่วนที่ 6. การพยาบาล

เยี่ยมครั้งที่ 1

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 (เวลา 7.00 น. – 15.00 น.)

สรุปสถานะผู้ป่วยแรกรับ

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดคุยและโต้ตอบกับพยาบาลด้วยดี ผู้ป่วยบอกว่า “เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม พรงี้ต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม”

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 °C ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต

130/70 mmHg

ปัญหาที่ 1. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยสอบถามว่า “วันนี้ต้องปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง”
- ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้เมื่อสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด
- เป็นการผ่าตัดครั้งแรกของผู้ป่วย

เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- สามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้
- สามารถปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดตามคำแนะนำได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมร่างกายทั่วไปก่อนผ่าตัด โดยแนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย จนกระทั่งเย็นวันก่อนการผ่าตัดแนะนำให้ผู้ป่วย สระผม ตัดเล็บให้สั้น เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ พยาบาลจะทำการ bed bath ให้ผู้ป่วย

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมบริเวณของร่างกายที่จะผ่าตัด โดยแนะนำให้ผู้ป่วยฟอกทำความสะอาดข้อเข่าข้างที่จะทำการผ่าตัดด้วยน้ำสะอาดและสบู่ได้ตามปกติ

4. แนะนำให้รับประทานอาหารได้ตามปกติ จนกว่าจะมีคำสั่งการรักษาให้งดน้ำและอาหารทุกชนิด แพทย์ให้งดน้ำและอาหารทุกชนิดก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6 ชั่วโมง โดยปกติทั่วไปแนะนำให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร ทางปากทุกชนิดภายหลัง เวลา 24.00 น. ของคืนวันก่อนการผ่าตัด จนกว่าการผ่าตัดจะแล้วเสร็จ

3. ให้ศึกษาคู่มือและให้คู่มือการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

การประเมินผล วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2557 (เวลา 15.00 น.)

ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดมากขึ้น สนใจและรับฟังคำแนะนำดี

สรุป

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขบางส่วน และยังคงต้องติดตามเพื่อให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอต่อไป

ปัญหาที่ 2. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับแผนการรักษาและการผ่าตัด รวมทั้งการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบอกว่า “กลัวเจ็บแผล ปวดแผล และถ้าหากมีอาการปวดแผลภายหลังการผ่าตัด จะทำอย่างไร”

- ผู้ป่วยถามว่า “จะสามารถลุก ยืนเดินได้ภายในกี่วัน ภายหลังการผ่าตัด”

- ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล หน้ามัว คิ้วขมวดและซักถามตลอดเวลาเกี่ยวกับแผนการรักษาและการผ่าตัด รวมทั้งการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด

เป้าหมาย ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาและการผ่าตัดรวมทั้งการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส ไม่มีอาการหน้ามัว คิ้วขมวด สีหน้าคลายความวิตกกังวลลง

- ซักถามเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดรวมทั้งการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดน้อยลง

- ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจ เกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัด รวมทั้งสามารถทดลองฝึกปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดได้พอสมควร

- ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ยาระงับปวดภายหลังการผ่าตัด/การประเมินความเจ็บปวด ด้วยระดับคะแนน (pain score)

- ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. การเตรียมความพร้อมของจิตใจและการเตรียมร่างกายทั่วไป ได้แก่

1.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยเพื่อเป็นการสร้างความไว้วางใจ ด้วยการทักทาย แนะนำตัวเอง โดยใช้ถ้อยคำที่สุภาพ นุ่มนวล ยิ้มแย้มแจ่มใสให้ความเป็นกันเองกับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย อยากที่จะสนทนาและพูดคุยด้วยความไว้วางใจ

1.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ต่างๆภายในหอผู้ป่วย อุปกรณ์และของใช้ต่างๆภายในห้องพักหรือภายในหอผู้ป่วยนั้นๆ และให้คำแนะนำเรื่องกฎระเบียบขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งแนะนำเรื่องการจัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวที่จำเป็น เป็นต้น

1.3 กระตือรือร้นและสนใจรวมทั้งให้ความสำคัญ ต่อความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยบอกลำหรือแสดงท่าทีวิตกกังวลให้เห็น พร้อมทั้งแสดงความพร้อมและความเต็มใจที่จะดูแลและช่วยเหลืออย่างเต็มที่ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยหรือปัญหาต่างๆด้วยท่าที่เป็นมิตร

1.4 พยายามลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ โดยการตอบคำถามและการให้ข้อมูลหรือจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ขณะพูดคุย และรายงานให้แพทย์ทราบ

1.5 อยู่เป็นเพื่อนหรือให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รวมทั้งทักทายและพูดคุยกับผู้ป่วยตลอดเวลาที่พบว่าผู้ป่วยเริ่มมีความวิตกกังวล โดยไม่ละทิ้งผู้ป่วยให้อยู่กับปัญหาเพียงลำพัง

1.6 การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำ การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ รวมทั้งการให้ยานอนหลับ ตามแผนการรักษา

2. ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ได้แก่ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการและการรักษา รวมทั้งการให้ข้อมูลเรื่องข้อเข่าเทียม เป็นต้น

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับสถานที่พักฟื้นภายหลังการผ่าตัด สภาวะภายหลังการผ่าตัดอวัยวะนั้นๆ ได้แก่

3.1 สถานที่พัก หรือหอผู้ป่วยที่ต้องพักฟื้นภายหลังออกจากห้องผ่าตัด

3.2 สิ่งต่างๆที่จะติดตัวผู้ป่วยมาภายหลังกลับจากห้องผ่าตัด ได้แก่ สายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ สายทางระบายต่างๆ (hemovac drain) หรือการได้รับเลือดทดแทน เนื่องจากเสียเลือดมากภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น

4. อธิบายถึงการดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดของพยาบาล ความถี่ในการตรวจเยี่ยมของพยาบาล ภายหลังการผ่าตัด

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์และบุคลากรอื่นๆในทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และให้ความรู้ในเรื่องกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และบุคลากรอื่นๆในทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามและร่วมพูดคุยอภิปรายถึงข้อสงสัยต่างๆ ด้วยความเต็มใจ ซึ่งความรู้และข้อมูลต่างๆที่ผู้ป่วยและญาติควรรู้มีดังต่อไปนี้

5.1 วัตถุประสงค์ของการทำผ่าตัด

5.2 การเตรียมร่างกายทั่วไปก่อนผ่าตัด

5.3 ส่วนหรือบริเวณของร่างกายที่จะเตรียมผ่าตัด ขนาดของแผลผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงบริเวณที่เตรียมผ่าตัดหรือสภาวะภายหลังการผ่าตัดด้วยวิธีนั้นๆ วันที่และเวลาที่จะผ่าตัด รวมทั้งระยะเวลาในการผ่าตัดอย่างคร่าวๆ เป็นต้น

5.4 ภายหลังกลับจากห้องผ่าตัดพยาบาล จะดูแลช่วยเหลือจัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ยกขาข้างที่ใส่ compression dressing หรือ Jones' bandage ให้สูงตลอดเวลา โดยใช้หมอนรองอย่างน้อย 1-2 ใบ ในลักษณะขาเหยียดตรง เพื่อป้องกันเข่างอ ป้องกันอาการบวมที่ขาและลดการคั่งของเลือดบริเวณปลายเท้า

6. ให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยระดับคะแนน (pain score) รวมทั้งแนวทางในการให้ยาระงับปวด การติดตามอาการปวด ทั้งก่อนและภายหลังได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ โดยพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

7. ให้กำลังใจและให้ความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการดูแลรักษาของทีมแพทย์ พยาบาล รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นๆ

8. แนะนำและสาธิตเกี่ยวข้องรวมทั้งให้ทดลองฝึกปฏิบัติกับการพลิกตะแคงตัว รวมทั้งการให้เรียนรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการจับถ้ายบนเตียง ซึ่งอาจจะต้องใช้ภายหลังการผ่าตัดวันแรกๆ

9. แนะนำและสาธิตรวมทั้งให้ทดลองฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการไอ และการหายใจที่ถูกวิธี การแนะนำให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการสอนให้ผู้ป่วยหัดหายใจเข้า และหายใจออกลึกๆ แล้วไอเอาเสมหะออกมา รวมทั้งการสอนให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ช่วยในการฝึกหายใจเข้าออกลึกๆ โดยใช้ incentive spirometer

10. แนะนำให้รับประทานอาหารได้ตามปกติภายหลังการผ่าตัด แต่ให้ระวังเรื่องการสำลักอาหารลงปอดในกรณีที่ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวยังไม่เต็มที่หรือยังไม่ดีพอ ตลอดจนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

11. ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย การมี early ambulation ภายหลังการผ่าตัด การฝึก exercise ที่จำเป็นได้แก่ ankle pumping exercise, quadriceps exercise, strengthening exercise และการฝึกทดลองลงเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน pickup walker

12. ให้ศึกษากลุ่มมือและให้ดูวีซีดี การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

การประเมินผล วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2557 (เวลา 15.00 น.)

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นและยิ้มแย้มแจ่มใสขึ้นซักถามเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดน้อยลง และผู้ป่วยยังบอกว่า “คืนนี้คงนอนหลับได้ไม่ต้องกังวลอีกแล้ว รู้สึกสบายใจมากขึ้น” ภายหลังจากที่ได้รับคำแนะนำและการให้กำลังใจรวมทั้งการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ เช่น ประเมินความเจ็บปวด การขอยาระงับปวด และการให้ยาระงับปวดของทีมแพทย์ พยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติตัวอื่นๆ ที่จำเป็นและเหมาะสมกับโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัด ทำให้รู้สึกมีความเชื่อมั่นในทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะร่วมเข้ามาดูแล ทำให้รู้สึกคลายความวิตกกังวลลง

สรุป

ผู้ป่วยนี้ได้รับการแก้ไขบางส่วน และยังคงต้องติดตามเพื่อให้คำแนะนำและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอต่อไป

เยี่ยมครั้งที่ 2

วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 (เวลา 7.00 น. – 15.00 น.)

สรุปสถานะผู้ป่วยแรกรับ

ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดเวลา 14.20 น. ภายหลังทำผ่าตัด Total Knee Replacement (Right), Anesthesia technique spinal block with morphine with femoral nerve block มีแผลผ่าตัดที่เข่าข้างซ้าย พันด้วย Jone's bandage มีสายระบายเลือด (hemovac drain) 1 ขวด(แพทย์ให้ clamp สายระบายเลือดไว้ และให้เปิด clamp ได้ในเวลา 16.00 น. มีน้ำเกลือ 1 ขวด เป็น Acetar 1000 ml drip 80 ml/hr และใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 °C ชีพจร 54 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/70 mmHg

ปัญหาที่ 1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับแผนการรักษาและการผ่าตัด รวมทั้งการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- คงเดิม

- เพิ่มเติม “ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับการใส่สายระบายเลือด (hemovac drain) การใส่สายสวนปัสสาวะ และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น”

เป้าหมาย คงเดิม

เกณฑ์การประเมินผล

- คงเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

- คงเดิม

การประเมินผล วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2557 (เวลา 15.00 น.)

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นและยิ้มแย้มแจ่มใสขึ้นซักถามเกี่ยวกับการรักษาและการผ่าตัดน้อยลง อาจจะเนื่องมาจากเพิ่งกลับจากห้องผ่าตัด

สรุป

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขบางส่วน และยังคงต้องติดตามเพื่อให้คำแนะนำและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอต่อไป เนื่องจากเป็นวันผ่าตัดวันแรกของผู้ป่วย

ปัญหาที่ 2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดแผล” pain score 4 คะแนน
- สีหน้าไม่สุขสบาย หน้ามืด คิ้วขมวด กระสับกระส่าย
- ปฏิเสธการขยับร่างกาย เช่นการพลิกตะแคงตัว เนื่องจากปวดแผล
- นอนหลับพักผ่อนไม่ได้

เป้าหมาย ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น อาการปวดทุเลาลง

เกณฑ์การประเมินผล

- สีหน้าสดชื่นยิ้มแย้มแจ่มใส นอนหลับพักผ่อนได้
- สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวันได้ และยินยอมที่จะขยับร่างกาย หรือพลิกตะแคงตัว
- ระดับความเจ็บปวด เท่ากับ 0 และหรือ Pain score < 3 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดและการบรรเทาอาการปวดดังนี้

1.1 อาการปวดแผลภายหลังการผ่าตัดอาจเกิดขึ้นได้เนื่องจาก การผ่าตัดทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ จึงทำให้เกิดอาการปวด แต่อาการปวดนี้จะค่อยๆทุเลาลงตามลำดับ และแพทย์ได้สั่งยาระงับอาการปวดให้อยู่แล้ว

1.2 เมื่อเกิดอาการปวด โดยมีระดับความเจ็บปวดเพียงเล็กน้อย ก็สามารถแจ้งพยาบาลเพื่อขอยาระงับปวดได้แล้ว โดยที่ไม่ต้องรอให้มีอาการปวดจนกระทั่งทนไม่ไหว เพราะจะทำให้ไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ หรือควบคุมได้ลำบาก

1.3 การประคบด้วยความเย็นตลอดเวลาภายหลังจากแพทย์เปิดแผลแล้ว ซึ่งความเย็นนี้สามารถบรรเทาอาการปวด และลดอาการบวมของแผลผ่าตัดได้

2. ดูแลจัดท่านอนให้สบาย โดยวางขาบนหมอนสูงอย่างน้อย 1-2 ใบ เพื่อป้องกันอาการบวมและลดอาการปวดแผลผ่าตัด

3. ติดตามสอบถามอาการเป็นระยะๆ และติดตามอาการปวดภายหลังได้รับยาระงับปวดทางหลอดเลือดดำทุก 15 วินาที ติดตามอาการปวดทุก 30 นาทีภายหลังได้รับยาระงับปวดด้วยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และติดตามอาการปวดทุก 1 ชั่วโมง ภายหลังได้รับยาระงับปวดชนิดรับประทาน เมื่อพบว่าอาการปวดไม่ทุเลาลงรายงานให้แพทย์ทราบ

4. ดูแลให้ยาระงับอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ Paracetamol (500Mg) 2 Tab PO ทุก 6 ชั่วโมง $\times$ 3 วัน, Dynastat 1 amp intravenous ทุก 12 ชั่วโมง $\times$ 2 Dose รวมทั้งติดตามสอบถามอาการปวดเป็นระยะๆภายหลังได้รับยาระงับอาการปวด (เช่นเดียวกับการพยาบาลข้อที่ 3)

5. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความนิ่มนวล และดูแลช่วยเหลือในการจัดท่านอนให้สบาย รวมทั้งการช่วยเหลือพลิกตะแคงตัวต่างๆ ในช่วงภายหลังการผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงแรก

6. เบี่ยงเบนความสนใจ ด้วยการพูดคุยให้กำลังใจและให้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตัวเอง เช่นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ

การประเมินผล วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2557 (เวลา 15.00 น.)

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นและยิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น ทุเลาอาการปวดโดยมีคะแนนความเจ็บปวดประมาณ 3-4 ในขณะที่มีกิจกรรมหรือขยับร่างกาย แต่ในขณะพัก ไม่มีอาการปวด และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และยินยอมที่จะขยับร่างกายมากขึ้น ภายหลังได้รับยาระงับปวดและได้รับคำแนะนำในเรื่อง การให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา รวมทั้งการได้รับความรู้ในเรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวด อีกทั้งมีความเชื่อมั่นในทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะร่วมเข้ามาดูแลในเรื่องการบรรเทาความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัด

สรุป

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขบางส่วน และยังคงต้องติดตามเพื่อให้คำแนะนำและให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา รวมทั้งติดตามอาการปวด ประเมินอาการปวดภายหลังได้รับยาระงับปวดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอต่อไป

ปัญหาที่ 3. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากการสูญเสียเลือดภายหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการผ่าตัดใหญ่ทำให้เกิดการนิกษาคของหลอดเลือด และผู้ป่วยสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดประมาณ 100 ซีซี

- ภายหลังจากการเปิด clamp สายระบายเลือด (hemovac drain) พบว่ามี content เป็นเลือดสดๆ จำนวน 360 ซีซี/1/2 ชั่วโมง (16.00น.- 16.30น.)

- ตรวจวัดชีพจร 64 ครั้ง/นาที่ หายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 94/54 mmHg

เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอันตรายจากการสูญเสียเลือดภายหลังการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- แผลผ่าตัด ไม่มี active bleeding
- ชีพจรแรงและสม่ำเสมอ อัตรา น้อยกว่า 120 ครั้ง/นาที่ การหายใจสม่ำเสมอ อัตรา 16-20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิตไม่น้อยกว่า 90/60 mmHg
- จำนวนปัสสาวะไม่น้อยกว่า 0.5 cc/kg/hr
- hemovac drain มีปริมาณ content น้อยกว่า 200 ซีซี/ชั่วโมง
- ระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติ พุดคุยรู้เรื่อง สามารถได้ตอบได้ตรงกับคำถาม
- Hct มีค่าไม่น้อยกว่า 30%

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง until stable หากตรวจพบสัญญาณชีพผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันที ได้แก่ ชีพจรเบาและไม่สม่ำเสมอ อัตรา มากกว่า 120 ครั้ง/นาที่ การหายใจไม่สม่ำเสมอ อัตรา น้อยกว่า 10 ครั้ง/นาที่ และความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 mmHg

2. ตรวจสอบและสังเกตรวมทั้งบันทึกทั้งปริมาณ จำนวน และลักษณะของ เลือดที่ออกจากสายระบายเลือด (hemovac drain) หากตรวจพบมีปริมาณ content มากกว่า 200 ซีซี/ชั่วโมง หรือมีลักษณะ active bleeding รายงานให้แพทย์ทราบทันที ซึ่งแพทย์อาจสั่งการรักษาด้วยการ clamp สายระบายเลือด(hemovac drain) และหรือเปิดสายระบายเลือด เป็นช่วงๆ

3. สังเกตรวมทั้งบันทึกทั้งปริมาณ จำนวน และลักษณะของน้ำปัสสาวะที่ออกมา ทุก 2 ชั่วโมง ภายใน 8-16 ชั่วโมงแรกภายหลังผ่าตัด หากตรวจพบจำนวนปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 cc/kg/hr รายงานให้แพทย์ทราบทันที

4. ตรวจสอบให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา LRS 1000 ml intravenous drip 100 ml/hr

5. สังเกตอาการช็อค ได้แก่ การสังเกตลักษณะของสีผิว สีเล็บ เยื่อเมือก รวมทั้งติดตามผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการในการตรวจเลือดหาค่า hematocrit (Hct), hemoglobin (Hb) เมื่อมีภาวะช็อคหรือผลการตรวจที่ผิดปกติต้องรายงานให้แพทย์ทราบทันที และหากผู้ป่วยต้องได้รับเลือดทดแทน พยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดตามแผนการรักษาอย่างเร่งด่วน

5. ตรวจสอบและสังเกตลักษณะของบาดแผล ดูเล็ดผ้าพันแผลให้กระชับ ไม่เลื่อนหลุด พร้อมทั้งให้สังเกตลักษณะของเลือดที่ซึมผ่านออกมา ถ้าเลือดซึมผ่านออกมาในปริมาณมาก รายงานให้แพทย์ทราบทันที

6. ตรวจสอบและจัดเตรียมรถอุปกรณ์ในรถ emergency เช่น ยาที่จำเป็นต้องมีในรถ emergency และอุปกรณ์ในการช่วยแพทย์ใส่ endotracheal tube รวมทั้งอุปกรณ์ในการให้ออกซิเจนให้พร้อมใช้อย่างสม่ำเสมอตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

การประเมินผล วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2557 (เวลา 15.00 น.)

ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากการสูญเสียเลือดภายหลังการผ่าตัดและไม่มีภาวะช็อก (shock) เกิดขึ้น เนื่องจากภายหลังที่พยาบาลตรวจพบว่าระดับความดันโลหิตเริ่มลดต่ำลงจากเดิมประกอบกับสังเกตพบว่าปริมาณของเลือดที่ออกจากสายระบายเลือดมีแนวโน้มที่จะออกเพิ่มมากขึ้น จึงได้รายงานให้แพทย์ทราบ หลังจากนั้นแพทย์สั่งการรักษาด้วยการให้ clamp สายระบายเลือด (hemovac drain) ทันทีเมื่อเวลา 16.30 น. และให้เปิด clamp สายระบายเลือดอีกครั้งในเวลา 18.00 และเมื่อเวลา 22.00 น. พบว่ามี content เป็นเลือดสดๆ จำนวน 460 ซีซี/4 ชั่วโมง (18.00 น.- 22.00 น.) หลังจากนั้นแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ปิดสายระบายเลือดไว้ตลอดเวลาและให้เปิดสายระบายเลือดได้ในเช้าวันรุ่งขึ้น (15 กุมภาพันธ์ 2555) รวมทั้งแพทย์ได้สั่งการรักษาด้วยการให้สาหร่ายทางหลอดเลือดดำเพื่อชดเชยให้กับผู้ป่วยเป็นระยะๆ ในปริมาณมากพอที่จะไม่ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย (loading iv fluid) ทำให้ระดับสัญญาณชีพกลับมาเป็นปกติ โดยพบว่าผู้ป่วยมีชีพจรอยู่ในช่วง 60-78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/70-120/80 mmHg แผลผ่าตัดไม่มี active bleeding และจำนวนปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 cc/kg/hr, hematocrit (Hct) stat 37% ระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติถามตอบรู้เรื่องและตอบได้ตรงกับคำถาม

สรุป

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขบางส่วน และยังคงต้องติดตามและประเมินอาการอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องและสม่ำเสมอต่อไป อย่างน้อย 24-48 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด

ยกเลิกปัญหาและแผนการพยาบาลในวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2557 ดังนี้

ปัญหาที่ 1. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด

เหตุผล เนื่องจากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและได้รับการผ่าตัดไปแล้ว

เยี่ยมครั้งที่ 3

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 (เวลา 7.00 น. – 15.00 น.)

สรุปสถานะผู้ป่วยแรกรับ

ภายหลังการผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นยิ้มแย้มแจ่มใส ผู้ป่วยบอกว่าเมื่อคืนนอนหลับพักผ่อนได้ อาการปวดแผลทุเลาลง เช้าวันนี้แพทย์ให้เปิดสายระบายเลือด(hemovac drain) ได้ตามปกติ ให้ off Foley's catheter, off iv fluid

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 °C ชีพจร 54 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต

140/70 mmHg

ปัญหาที่ 1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- คงเดิม

- เพิ่มเติม ผู้ป่วยบอกว่า “ขณะนอนพักนั่งๆปวดแผล Pain score 1-2 ค่ะแน่น แต่จะมีอาการปวดมากเวลาขยับร่างกายพลิกตะแคงตัวไปมา Pain score 3 ค่ะแน่น”

เป้าหมาย คงเดิม

เกณฑ์การประเมินผล

- คงเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

- คงเดิม

การประเมินผล วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557 (เวลา 15.00 น.)

ผู้ป่วยยังมีอาการปวดแผลอยู่ ปวดมากเวลาขยับร่างกาย โดยมีคะแนนความเจ็บปวดประมาณ 3-4 ในขณะที่มีกิจกรรมหรือขยับร่างกาย แต่ในขณะพัก ไม่มีอาการปวด แต่สามารถบรรเทาอาการปวดได้ด้วยยาาระงับปวดชนิดรับประทาน โดยที่ไม่ต้องให้ยาาระงับปวดชนิดฉีดเลย ยาาระงับปวดที่แพทย์สั่งให้รับประทานตามเวลาได้แก่ tramadol (50 mg) sig 1 cap po tid pc. ultracet sig 1 tab po od pc และยาาระงับปวดที่ให้เสริมได้เมื่อมีอาการปวดได้แก่ paracetamol (500 mg) sig 2 tab po prn for pain q 4-6 hr. และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และยินยอมที่จะขยับร่างกายมากขึ้น ภายหลังได้รับยาาระงับปวด

สรุป

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขบางส่วน และยังคงต้องติดตามเพื่อให้คำแนะนำและให้ยาาระงับปวดตามแผนการรักษา รวมทั้งติดตามอาการปวด ประเมินอาการปวดภายหลังได้รับยาาระงับปวดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอต่อไป

ปัญหาที่ 2. ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับอันตรายเนื่องจากการสูญเสียเลือดภายหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- คงเดิม

- เพิ่มเติม มี content เป็นเลือดสดๆจากสายระบายเลือด (hemovac drain) จำนวน 820 ซีซี/15 ชั่วโมง (ตั้งแต่วันที่ 16.00น.ของวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2557- 7.00น.ของวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557)

เป้าหมาย คงเดิม

เกณฑ์การประเมินผล

- คงเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

- คงเดิม

การประเมินผล วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557 (เวลา 15.00 น.)

ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากการสูญเสียเลือดภายหลังการผ่าตัดและไม่มีภาวะช็อก (shock) เกิดขึ้น เนื่องจากภายหลังเปิดสายระบายเลือด (hemovac drain) พบว่า Content เริ่มเป็น serum หรือ เลือดจางๆจำนวน 100 ซีซี/8ชั่วโมง (ตั้งแต่วันที่ 7.00น.- 15.00 น. ของวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2555) ระดับสัญญาณชีพปกติ โดยพบว่าผู้ป่วยมีชีพจรอยู่ในช่วง 60-78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/70-120/80 mmHg แผลผ่าตัดไม่มี Active bleeding และจำนวน ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5cc/kg/hr, hematocrit (Hct) เข้าวันนี้ 37% ระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติตาม ตอบรู้เรื่องและตอบได้ตรงกับคำถาม

สรุป

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขบางส่วน และยังคงต้องติดตามและประเมินอาการอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่องและสม่ำเสมอต่อไป อย่างน้อย 24-48 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด

เยี่ยมครั้งที่ 4

วันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 (เวลา 7.00 น. – 15.00 น.)

สรุปสถานะผู้ป่วยแรกรับ

ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นและยิ้มแย้มแจ่มใสดี ภายหลังจากที่แพทย์ได้เปิดทำแผลเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 เวลา 7.00 น. และได้นำสายระบายเลือดออก แผลไม่มีเลือดซึม ผู้ป่วยบอกว่า “แพทย์จะอนุญาตให้ฝึกรับประทานได้วันนี้ ถ้าผลการตรวจเรื่องขาข้างขวาที่บวม แล้วไม่พบความผิดปกติอะไร”

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 °C ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/60 mmHg

ปัญหาที่ 1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- คงเดิม

เป้าหมาย คงเดิม

เกณฑ์การประเมินผล

- คงเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

- คงเดิม

การประเมินผล วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2557 (เวลา 15.00 น.)

ผู้ป่วยยังมีการปวดแผลอยู่ ปวดมากเวลาขยับร่างกาย Pain score 3 คะแนน แต่สามารถบรรเทาอาการปวดได้ด้วยยาาระงับปวดชนิดรับประทานโดยไม่ต้องให้ยาาระงับปวดชนิดฉีดเลย ยา าระงับปวดที่แพทย์สั่งให้รับประทานตามเวลาได้แก่ Tramadol (50mg) sig 1 cap po tid pc. Ultracet sig 1 tab po od pc และยาาระงับปวดที่ให้เสริมได้เมื่อมีอาการปวดได้แก่ Paracetamol (500mg) sig 2 tab po prn for pain q 4-6 hr.

สรุป

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขบางส่วน และยังคงต้องติดตามเพื่อให้คำแนะนำและให้ยาาระงับปวดตามแผนการรักษา รวมทั้งติดตามอาการปวด ประเมินอาการปวดภายหลังได้รับยาาระงับปวดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอต่อไป

ยกเลิกปัญหาและแผนการพยาบาลของการเยี่ยมครั้งที่ 3 ในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557 ดังนี้

ปัญหาที่ 2. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากการสูญเสียเลือดภายหลังการผ่าตัด

เหตุผล

ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากการสูญเสียเลือดภายหลังการผ่าตัดและไม่มีภาวะช็อก (shock) เกิดขึ้น และแพทย์ได้เอาสายระบายเลือด(hemovac drain)ออกแล้ว วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2557) แผลผ่าตัดไม่มี active bleeding ระดับสัญญาณชีพปกติ โดยพบว่าผู้ป่วยมีชีพจรอยู่ในช่วง 68-88 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60-120/60 mmHg ระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติตามตอบรู้เรื่องและสามารถโต้ตอบได้ตรงกับคำถาม

สรุปผลกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 74 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือมีอาการปวดข้อเข่าขวา ข้อฝืดหรือขัดเวลาขยับข้อเข่า การเหยียดหรืองอของข้อเข่าทำได้ลดลง และจาก film x – ray ของข้อเข่าขวาพบว่า กระดูกอ่อนผิวข้อเริ่มสึกบางลง มองเห็นส่วนปลายของกระดูกต้นขา และส่วนต้นของกระดูกหน้าแข้งใกล้ชิดกันมากขึ้น ทำให้เห็นช่องว่างของข้อด้านในแคบลง โดยในระยะแรกแพทย์ให้การรักษาด้วยการรับประทานยา และแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนัดตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ กระทั่งอาการปวดรุนแรงมากขึ้น ประกอบกับข้อมีอาการฝืดหรือขัดเวลาขยับข้อเข่าทำให้การงอหรือการเหยียดข้อเข่าทำได้ลดลง แพทย์จึงแนะนำให้เข้ารับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (Total Knee Arthroplasty) ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะก่อให้เกิดอันตรายได้แก่ ผลข้างเคียงจากการดมยาสลบ การติดเชื้อของผิวหนัง ข้ออักเสบติดเชื้อ การติดเชื้อของร่างกายเช่นปอดอักเสบ ภาวะหลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน และภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดเฉียบพลันเป็นต้น แต่พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องอาการปวดแผลผ่าตัด ซึ่งอาการปวดนี้สามารถควบคุมได้ด้วยการให้ยาระงับอาการปวดตามแผนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายทุเลาอาการปวด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฝึกการบริหารต่างๆ ได้ตามแผนการรักษา เช่นการฝึกบริหาร deep breathing, effective cough, ankle pumpin exercise, quadriceps exercise และ การฝึก continuous passive motion ได้ตามโปรแกรม โดยเริ่มต้นที่ 0-40 องศาในวันแรก และค่อยๆ ปรับระดับขึ้นเรื่อยๆ ตามแผนการรักษา กระทั่งสามารถเหยียดและงอเข่าขวาได้พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเป็นไปตามเป้าหมายภายหลังการผ่าตัด 0-90 องศา ก่อนกลับบ้านได้ เป็นต้น และยังส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

แต่ถึงกระนั้นภายหลังการผ่าตัดวันที่ 1 กลับพบว่าผู้ป่วยมีอาการบวมบริเวณขาขวาดังแต่บริเวณเข่าขวาจนถึงปลายเท้า แต่ ผู้ป่วยสามารถขยับร่างกาย และสามารถฝึกการบริหาร ankle pumping exercise ได้อย่างน้อย 100 ครั้ง/ คล่าชีพจรบริเวณหลังเท้าได้ชัดเจน ทั้งอัตราการเต้นและจังหวะการเต้นของชีพจร โดยพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของชีพจรอยู่ในช่วง 60-78 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการปวดรวมทั้งไม่มีอาการร้อน ปลายเท้าไม่เย็นหรือซีด ไม่มีอาการปวดหรือกดเจ็บบริเวณน่องและหรือขาหนีบข้างที่ทำผ่าตัด สามารถขยับ หรือกระดกข้อเท้าได้ตามปกติ และไม่มีอาการชาที่เท้า ประกอบกับผลการตรวจหลอดเลือดด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ดูเพล็กซ์สแกน พบว่าเป็นปกติ (No thrombosis, No DVT) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกกายบริหารเพื่อฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดขณะอยู่โรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับสามารถทดลองฝึกปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้องและเข้าใจมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้มากขึ้น

ภายหลังจากที่ได้รับคำแนะนำและการให้กำลังใจรวมทั้งการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ ทั้งการปฏิบัติตัวที่จำเป็นและเหมาะสมกับโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัดรวมทั้งการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมนั้น มีความแตกต่างไปจากการให้บริการพยาบาลทั่วไป โดยเฉพาะเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การสอนการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคและหัตถการ และข้อห้ามหรือข้อที่ไม่ควรปฏิบัติภายหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาล และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความพิการ และทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ให้เน้นถึง การให้การพยาบาลก่อนการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ทั่วๆไปทั้งทางร่างกายและจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด และการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด เนื่องจากการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการรักษาที่แพทย์จะตัดสินใจให้การรักษาเป็นลำดับสุดท้าย เมื่อพบว่าการรักษาด้วยยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วไม่ได้ผล ดังนั้นควรเน้นในเรื่องการให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของข้อเข่าอีกข้าง รวมทั้งการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับหัตถการเพื่อเป็นการยืดอายุการใช้งานของข้อเข่าเทียมให้ได้ยาวนานที่สุดร่วมด้วยจึงจะถือว่าเป็นการให้การรักษาที่ยั่งยืนและถูกต้องที่สุด

ในระหว่างที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลดังต่อไปนี้

ปัญหาที่ 1. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด

ปัญหาที่ 2. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับแผนการรักษาและการผ่าตัด รวมทั้งการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด

ปัญหาที่ 3. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ปัญหาที่ 4. ผู้ป่วยมีโอกาสดีกอันตรายจากการสูญเสียเลือดภายหลังการผ่าตัด

ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขให้หมดไปคือปัญหาที่ 1,2,3 และปัญหาที่ 4 ตามลำดับ

สรุปสถานะผู้ป่วยก่อนพ้นความดูแล

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นยิ้มแย้มแจ่มใสดี แผลผ่าตัดที่เข้าขา ไม่มี discharge ชีพเข้ายังมีการบวมเล็กน้อย กดไม่บวม รอบๆ เข้าไม่แดง สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ โดยพบว่าผู้ป่วยมี อุณหภูมิ 37 °C ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/70 mmHg

ผู้ป่วยสามารถฝึกการบริหาร การเหยียดและงอเข้าขาตามแผนการรักษาได้ด้วยตนเอง หรือที่เรียกว่า การฝึก continuous passive motion ได้ตามโปรแกรม โดยเริ่มต้นที่ 0-40 องศาในวันแรก และค่อยๆ ปรับระดับขึ้นเรื่อยๆ ตามแผนการรักษา กระทั่งสามารถเหยียดและงอเข้าขาได้ 0-90 องศา ก่อนกลับบ้านได้ และไม่พบว่าผู้ป่วยมีข้อเข้ายึดติดแข็ง

ขณะฝึกการบริหารผู้ป่วยยังมีการปวดเข้าอยู่บ้าง แต่สามารถควบคุมอาการปวดได้ด้วยการให้ยารับประทานตามแผนการรักษาโดยไม่ต้องฉีดยาระงับอาการปวดเลย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและไม่กลัวที่จะต้องฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องกระทั่งกลับบ้าน อีกทั้งผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพและเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำรวมทั้งการปฏิบัติเพื่อยืดอายุการใช้งานของข้อเข้าเทียมให้สามารถใช้งานได้ยาวที่สุด ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากความดูแล

ข้อเสนอแนะสำหรับกรณีศึกษารายนี้

1. ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดตามคำแนะนำทั้งข้อที่ควรปฏิบัติและข้อที่ไม่ควรปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข้าเสื่อมและผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียม เพื่อเป็นการยืดอายุการใช้งานของข้อเข้าเทียมและเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของข้อเข้าเสื่อมอีกข้างหนึ่ง
2. แนะนำให้ออกกำลังกายและฝึกการบริหารอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อขา
3. แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์อย่างเร่งด่วน ได้แก่ มีไข้สูง แผลอักเสบ บวม แดง มีเลือดหรือน้ำเหลืองซึมออกจากแผลผ่าตัด หรือไม่สามารถเหยียดและงอข้อเข้าได้ เหมือนกับที่เคยฝึกปฏิบัติขณะอยู่โรงพยาบาล
4. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าเทียมมีอายุการใช้งาน ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมอายุการใช้งานของข้อเทียมอาจยาวนานถึง 10-15 ปีหรือมากกว่านั้นก็เป็นได้
5. ในผู้ป่วยรายนี้แนะนำการบริหารเพื่อเพิ่มองศาในการเคลื่อนไหวของข้อเข้า (AROM exercise) โดยควรฝึกให้สามารถงอข้อเข้าข้างที่ผ่าตัดได้อย่างน้อย 90 องศา ซึ่งเป็นองศาในการเคลื่อนไหวของข้อเข้าเพื่อให้สามารถกิจกรรมต่างๆ เมื่อต้องงอข้อเข้าได้อย่างปกติ
6. การวางขาบนหมอนสูงห้ามวางเลยใต้ข้อพับเข้าเพราะเข้าอาจติดในท่างอเหยียดไม่สุดได้

บทที่ 6

ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในเรื่องของการรับรู้ข้อมูล การดูแลตนเอง และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น มีปัญหาสายตา การได้ยิน หรือหลงลืม เป็นต้น ดังนั้นครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ถือว่ามีความสำคัญอย่างมากในการที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและช่วยลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ โดยการศึกษาครั้งนี้พอที่จะสรุปปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา ต่างๆ ได้ดังต่อไปนี้

ปัญหา อุปสรรคที่ 1 ครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับการรักษาจะเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการเรียนรู้หรือรับรู้ข้อมูล และประกอบกับมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเพียง 5-7 วัน แต่ต้องเรียนรู้เพื่อปฏิบัติตัวให้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานะของโรคและหัตถการตั้งแต่วันแรกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

แนวทางการแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่ 1

1.1 ทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดและมีการประเมินผลที่ชัดเจน สามารถวัดได้ว่าผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้และมีทักษะปฏิบัติที่ถูกต้องจริงก่อนเข้ารับการรักษา โดยผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ควรมีความรู้และทักษะปฏิบัติที่สำคัญและจำเป็น ได้แก่การปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด การประเมินความเจ็บปวดและการจัดการความเจ็บปวดด้วยตนเอง การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน Pickup walker การดูแลตนเองเพื่อป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัดและการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เป็นต้น เพราะว่าด้วยเวลาที่จำกัดในการนอนโรงพยาบาลเพียง 5-7 วัน การให้ข้อมูลความรู้ การฝึกทักษะปฏิบัติที่จำเป็นซึ่งมีเนื้อหาและรายละเอียดจำนวนมาก อาจจะไม่ใช่เพียงพอด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาที่มีอยู่น้อยเพียง 5-7 วัน ผู้ป่วยอาจจะเรียนรู้ได้ไม่ครบถ้วนจึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกก่อนเข้ารับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้และเข้าใจถึงกระบวนการรักษาทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด รวมถึงแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

1.2 การประเมินผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยไว้ในความดูแลมีความสำคัญมากเพื่อที่ทีมสหสาขาวิชาชีพ จะได้สามารถให้ข้อมูลในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่มีความรู้และไม่มีทักษะปฏิบัติที่จำเป็น ดังนั้นควรมีหัวข้อในการประเมินที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะการประเมินให้ได้ว่าใครคือผู้ดูแลหลักเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อจะได้สามารถให้ข้อมูลกับผู้ดูแลได้ถูกต้องและควรเน้นย้ำให้มีการถ่ายทอดข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยในกรณีที่มีการเปลี่ยนผู้ดูแลบ่อยๆ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

1.3 การเปิดโอกาสให้ครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการได้ทดลองฝึกปฏิบัติ ฝึกดูแลในสถานการณ์จริงระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย จะทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถประเมินได้ถึงความรู้ ความเข้าใจ ความพร้อมและปัญหาในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ แต่อย่างไรก็ตามการให้ความรู้ หรือการฝึกปฏิบัติใดๆ ควรเชื่อมโยงและสอดคล้องกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านด้วย

1.4 ควรมีแบบฝึกปฏิบัติกิจกรรมหรือฝึกการบริหารร่างกายรายวันมอบให้กับผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย อาจจัดทำในรูปแบบของปฏิทินกิจกรรมประจำวัน โดยเน้นกิจกรรมการบริหารที่สำคัญและจำเป็น ที่ผู้ป่วยต้องฝึกปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การวางขาบนหมอนสูง การบริหารเพื่อขยายปอด การบริหารเพื่อเพิ่มองศาในการเคลื่อนไหวข้อเข่า การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและการบริหารเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น ดังจะแสดงด้วยรูปภาพดังต่อไปนี้

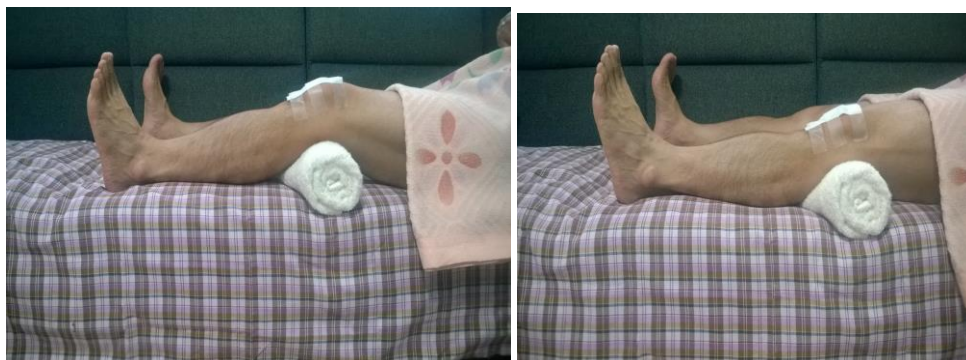
1.4.1 การวางขาบนหมอนสูงตั้งแต่วันแรกภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดอาการบวม



ภาพที่ 15 การวางขาบนหมอนสูง

1.4.2 การบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาหน้า Quadriceps exercise

วิธีปฏิบัติ: นอนหงายบนเตียง เกร็งก้นขาให้แนบพื้นและเกร็งค้างไว้ 5-10 วินาทีแล้วคลาย (นับเป็น 1 ครั้ง) ควรปฏิบัติ 10-20 ครั้ง (นับเป็น 1 รอบ) และควรปฏิบัติ 8-10 รอบ/วัน



ภาพที่ 16 การบริหาร Quadriceps exercise

ปัญหา อุปสรรคที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำหรืออาจทำให้การเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น

แนวทางการแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่ 2

2.1 ควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติในเรื่องของการป้องกันภาวะ DVT ตั้งแต่วันแรกของการผ่าตัด โดยอธิบายผู้ป่วยว่าสามารถฝึกปฏิบัติได้ทันทีที่กลับจากห้องผ่าตัด ไม่ต้องรอถึงเช้าวันรุ่งขึ้น

2.1.1การบริหารเพื่อลดอาการบวมและป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก

วิธีปฏิบัติ: นอนหงายบนเตียง เกร็งกระดูกข้อเท้าขึ้นลงช้าๆ ปฏิบัติ 10-20 ครั้ง (นับเป็น 1 รอบ) ควรปฏิบัติ 8-10 รอบ/วัน (80-200 ครั้ง/วัน)



ภาพที่ 17 การบริหาร Foot ankle pumping exercise

ปัญหา อุปสรรคที่ 3 มีโอกาสเกิดข้อยึดติดแข็งเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ถ้าขาดการบริหารเพื่อเพิ่มองศาในการเคลื่อนไหวของข้อเข่าอย่างต่อเนื่อง อาจจะทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งอาจจะต้องทำ Manipulate เพื่อเพิ่มองศาในการเคลื่อนไหวข้อเข่าต่อไป

แนวทางการแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่ 3

3.1 ให้ฝึกงอเข่าข้างที่ทำผ่าตัดด้วยตนเอง ทั้งในขณะที่พักอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยต้องฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถงอข้อเข่า ≥ 90 องศา

3.1.1 วิธีปฏิบัติ: นอนหงายชันเข่าให้มากที่สุดเท่าที่สามารถปฏิบัติได้ งอเข่าค้างไว้ 5-10 วินาที หลังจากนั้นให้เหยียดขาตรง (นับเป็น 1 ครั้ง) ควรปฏิบัติ 10-20 ครั้ง/รอบ (60 – 160 ครั้ง/วัน)



ภาพที่ 18 การบริหาร Heel slide

3.1.2 วิธีปฏิบัติ: นั่งห้อยขาข้างเดียว ใช้ขาข้างดีมาประคองข้างที่ทำผ่าตัดไว้ หลังจากนั้นงอเข่าข้างที่ทำผ่าตัดอย่างช้าๆ และพยายามงอเข่าให้ได้มากที่สุดเท่าที่สามารถปฏิบัติได้ (นับเป็น 1 ครั้ง) ควรปฏิบัติ 5-10 ครั้ง/รอบ (30-80 ครั้ง/วัน)



ภาพที่ 19 การบริหาร Range of Motion

3.2 แนะนำให้ประคบความเย็น (cold compression) บริเวณแผลผ่าตัดและรอบ ๆ ข้อ หลังการผ่าตัดนาน 20 นาที ทุก ๆ 1 – 2 ชั่วโมง เพื่อลดอาการปวดและบวม เพราะการประคบด้วยความเย็นจะทำให้ผู้ป่วยสามารถบริหารการเคลื่อนไหวของข้อเข้าได้อย่างต่อเนื่อง และควรสังเกตอาการบวม แดง ร้อน รอบข้อ ถ้ามีอาการดังกล่าว ควรประคบด้วยความเย็นและหยุดพักการบริหาร หรือหยุดพักข้อ นอกจากนั้นยังสามารถประคบเย็นในช่วงที่ไม่ได้ออกกำลังเข้า และให้หยุดการประคบเย็นเมื่ออาการบวมหรืออาการอักเสบบรรเทาแล้ว



ภาพที่ 20 การประคบความเย็น

3.3 ควรเน้นย้ำในเรื่องของการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ เพื่อให้รับทราบการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มและอันตรายหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้หากเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ร่วมกับการให้ครอบครัวของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความตระหนักและเพื่อให้สามารถมองเห็นอันตรายร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มดังกล่าว เช่น แผลแยก ข้อหลุด หลวม กระทั่งต้องกลับเข้ารับการรักษาคู่ในโรงพยาบาลซ้ำอีกครั้ง เป็นต้น

3.3.1 การลงยืนเดิน โดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน (Pickup Walker) เพื่อป้องกันอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม ควรปฏิบัติโดยมีเทคนิคดังนี้ ยกเครื่องช่วยพยุงเดินไปข้างหน้าพร้อมขาข้างที่เจ็บ ก้าวขาข้างที่ดีตาม การปฏิบัติตามวิธีดังกล่าวจะทำให้ขาข้างที่เจ็บลงน้ำหนักน้อยลง



ภาพที่ 21 การขึ้นเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง Pickup Walker

3.3.2 แนะนำเรื่องการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินกรณีผู้ป่วยเดินได้ไม่สะดวก สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินได้ เช่น ไม้เท้าหรือร่มที่มีจุดยางอุดส่วนปลายร่มเพื่อกันลื่น ซึ่งจะสามารถช่วยในการพยุงตัวในการเดินได้ดี และช่วยลดแรงกดที่ข้อเข่าได้ซึ่งมีเทคนิคสำคัญในการถือไม้เท้าหรือร่มคือถ้าปวดเข่าข้างไหนหรือผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมด้านไหนให้ถือไม้เท้าด้านตรงข้ามกับเข่าที่ปวด แต่ถ้าหากปวดเข่าทั้ง 2 ข้างให้ถือข้างที่ถนัด

ปัญหา อุปสรรคที่ 4 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการถนอมข้อเข่าเทียมเพื่อให้ใช้งานได้ยาวนานขึ้น ผู้ป่วยบางรายยังมีความเข้าใจผิดว่าเมื่อเปลี่ยนข้อเข่าเทียมแล้วไม่ต้องดูแลไม่ต้องปฏิบัติตัวเหมือนตอนเป็นข้อเข่าเสื่อมในขณะที่ยังไม่ได้ผ่าตัด

แนวทางการแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่ 4

4.1 ให้ความรู้กับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจว่าแม้จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนผิวข้อเทียมแล้ว แต่ก็ยังคงต้อง ดูแลตนเองเพื่อถนอมข้อเข่าเทียมที่ผ่าตัดเปลี่ยนไปแล้วให้มีอายุใช้งานให้ยาวนานขึ้น โดยยังคงต้องปฏิบัติตัวและดูแลตนเองเหมือนกับผู้ที่เป็ข้อเข่าเสื่อม เช่นเดิม เช่นควบคุมน้ำหนักตัว บริหารกล้ามเนื้อต้นขาให้แข็งแรง ออกกำลังกายตามความเหมาะสมของสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละคน หลีกเลี่ยงกิจกรรมประจำวันหรืออิริยาบถที่เพิ่มแรงกดที่ข้อเข่า เป็นต้น

สรุปบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ต้องอาศัยแนวทางในการให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการดูแลผู้ป่วยได้แก่ การประเมิน (Assessment) การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล(Intervention) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เพื่อจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์

สังคม และจิตวิญญาณภายใต้บทบาทของพยาบาลทั้งในเรื่องการดูแลรักษา การป้องกันและการส่งเสริมภาวะสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลต่อเนื่องเพื่อที่จักได้ช่วยในการกระตุ้นเตือน รวมทั้งช่วยดูแล ให้กำลังใจ และให้แรงสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกการบริหาร และการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง อันจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพได้โดยเร็ว สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม รวมทั้งสามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นการสร้างคุณค่าให้กับผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้เป็นอย่างยิ่ง

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กนกอร บุญพิทักษ์. ปวดเข้า เข้าเสื่อม การดูแลรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ :

สำนักพิมพ์ Feel good, 2556.

กิริติ เจริญชลวานิช. อยากให้เรามีแต่ ข้อ ดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์บันลือบุ๊คส์, 2556.

คามิน ชินศักดิ์ชัย และคณะ. ศัลยศาสตร์หลอดเลือดประยุกต์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2559.

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. งานเวชสารสนเทศ. 2560.

ชัยวุฒิ ศรีสุข. ทำอะไรดีอันนี้ไม่อยู่. กรุงเทพฯ: พิมพ์ที่ สายธุรกิจโรงพิมพ์ บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, 2557.

ชโนนินัย โคนภูติ. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง, 2557.

ธำรงรัตน์ แก้วกาญจน์ และคณะ. เข้าเสื่อม. กรุงเทพฯ : มูลนิธิมหาวิทยาลัยราชภัฏ, 2545.

นิธิพัฒน์ เจริญกุล. ตำราโรคระบบการหายใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิมพ์ที่ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์, 2551.

“แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม.” “วารสารโรคข้อ 19, 2 (เมษายน 2551) : 8-9
บุรพา กาญจนบัตร และคณะ.คณะ. ศัลยศาสตร์หลอดเลือดในเวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : โฉมิตการพิมพ์, 2557.

วรวิทย์ เล่าห์เรณู และคณะ. โรคข้อเสื่อม. กรุงเทพฯ : ธนบรรณการพิมพ์, 2546.

วุฒิชัย ธนาพงศธร และคณะ. ตำราพื้นฐานศัลยศาสตร์และอาการของโรคศัลยกรรม สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: ภาควิชาศัลยศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, พิมพ์ที่ หจก.สินทวีกิจ พริ้นติ้ง 2552.

วิภา รัชชพิชิตกุล. ปัญหาโรคระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในภาวะฉุกเฉิน. ขอนแก่นสำนักพิมพ์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.

สิทธิศักดิ์ หารณาเวก. ศัลยศาสตร์ข้อสะโพกและข้อเข่าเทียม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2551.

สุพร เลิศร่วมพัฒนา. การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2551.

สุรศักดิ์ นิตกานวงศ์ และคณะ. 2547. ตำราโรคข้อ. เล่ม 1. กรุงเทพฯ : ธนบรรณการพิมพ์, 2547.

อารี ตनावลี. การผ่าตัด Minimal Invasive Surgery-Total Knee Replacement. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง, 2554.

อารี ตनावลี และคณะ. ศัลยศาสตร์ข้อสะโพกเทียมและข้อเข่าเทียม. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2551.

โครงการฝึกอบรมพยาบาล Acute Postoperative Pain Management การบริหารความเจ็บปวด

เฉียบพลัน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.

ประชุมวิชาการประจำปี 2012 Essential Clinical GI Nursing ประชุมวิชาการ(เชิงปฏิบัติการ)

Workshop:-Advance GI Intervention for Nurse. พิมพ์ที่ บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด บางพลัด

กรุงเทพฯ. 2555.

ภาษาต่างประเทศ

Hahn, P.C., and Edwards Newton L. Osteoarthritis : Presentation, Pathogenesis and

Pharmacologic Therapy [Online]. Accessed 22 March 1998. Available from

<http://www.medscape.com /SMA/Clinic...er98/crS98.02hahn/pntcrS98>.

Rheum, 1997.

McCabs, S.H. Specific condition : Arthritis [Online]. Accessed 8 March 1999. Available from

http://www.amaassn.org/insight/spec_con/arthritis/arthritis/2htm